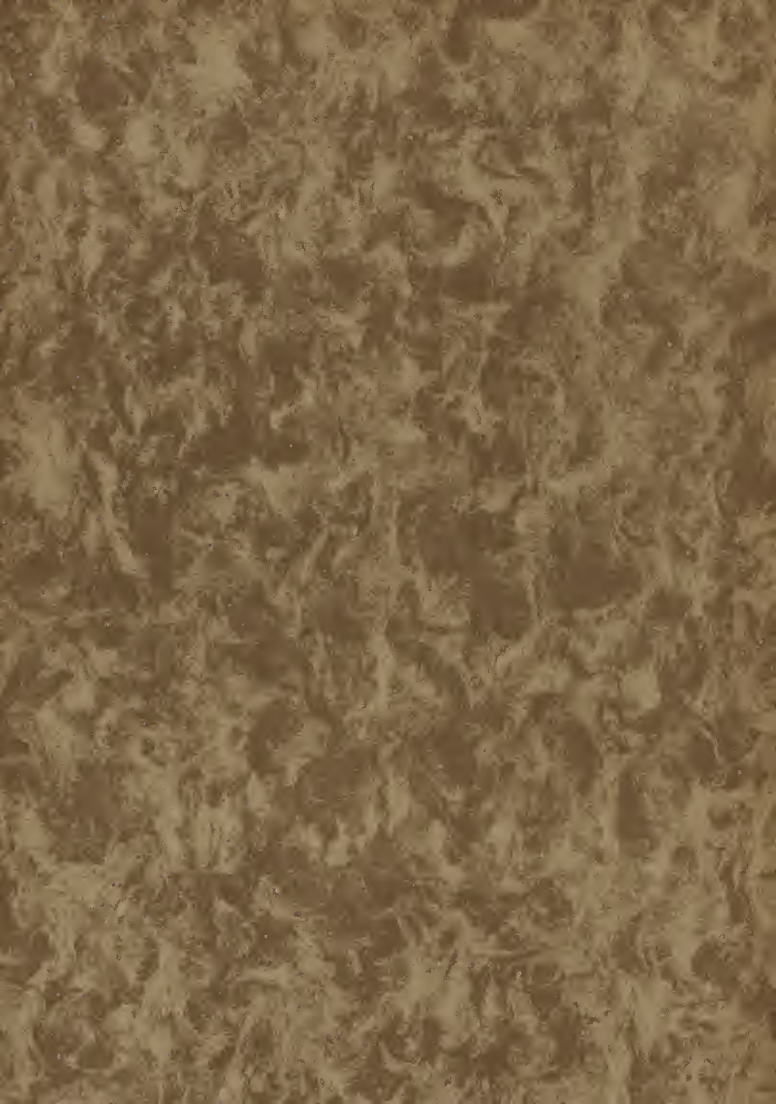


BIBLIOTHÈQUE
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE
SR





N° 1. — 1er JANVIER 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr.; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Faculté de médecine de Paris

La conférence de M. le Dr Girard, chef de service à l'Institut Pasteur, qui avait été annoncée pour le mercredi 9 janvier 1946, est reportée au mercredi 16 janvier, 17 heures, Amphithéâtre Vulpian. Sujet : « le bacille de Yersin et l'épidémiologie de la peste ».

Avis aux étudiants de 5e année. — Les élèves de 5e année, convoqués aux T. P. de médecine légale (Institut médico-légal, place Mazas), sont informés que lesdits travaux se feront au petit Amphithéâtre de la Faculté, de 14 à 15 heures, aux jours indiqués sur l'horaire.

Les séances d'autopsie seront reportées à une date ultérieure.

Facultés de province

Marseille. — Une thèse conçue et élaborée en 1942 fut déposée en mai 1943 et acceptée le 26 mai 1943. Le même jour, son auteur fut arrêté par la police allemande et déporté au camp de Buchenwald. Ce n'est que deux ans après que notre confrère, le Dr François Beltrami, enfin libéré, put soutenir sa thèse consacrée aux « considérations biologiques sur la mandibule chez l'homme ». Nos bien sincères félicitations à notre confrère dont le père, le grand-père et plusieurs parents ont honoré notre profession.

Ecole de médecine africaine de Dakar

M. le méd. lieut.-col. Dejou est nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie et de médecine opératoire. Il est nommé en outre directeur de l'Ecole en remplacement du méd. col. Assali, rapatriable.

— M. le méd. com. S. Clerc est nommé professeur titulaire de clinique chirurgicale.

— M. le méd. com. Ch. Bergeret est nommé professeur titulaire de clinique médicale et exotique.

Clinique nationale des Quinze-Vingts

Le Dr Dubois-Poulsen a été nommé médecin ophtalmologiste en chef à la Clinique nationale des Quinze-Vingts, à compter du 17 mai 1945. (Arrêté du 6 novembre 1945.)

Légion d'honneur. GUERRE

Officier. — Méd. colonel Reilinger, du 3e C. A.

Méd. lieut.-col. Larget, Ne C. A.

Chevalier. — Méd. s.-lieut. Théobald, 1er rég. de fusiliers marins.

— Méd. cap. Hervé (Yves), Ne bat. de marche (à titre posthume).

— Méd. lieutenant Suzanne Bayardelle, forces françaises combattantes.

— Méd. cap. Chauliac (G. A. P. M.), du Ne bat. méd.

— Méd. lieut. Conill (Christian), Ne C. A.

— Méd. cap. Stora (Ch.), Ne bat. génie.

— Méd. s.-lieut. Pierre (M.-L.), bat. de choc.

— Méd. lieut.-col. Crenn (R.), Ne D. I. motorisée.

— Méd. com. Diagne (A.-B.), Ne D. I. motorisée.

— Méd. cap. Thibaux (P.), Ne D. I. motorisée.

— Le médecin capitaine Roger (P.-J.-L.), Ne bataillon médical.

— Le médecin lieut. Stefanini (J.-P), Ne bataillon de choc.

— Le médecin capitaine Viaud (Ray.), Ne bataillon médical.

Médaille militaire. — Méd. aux. Bessi (Eric-Mathieu), Ne tabors marocains.

— Méd. aux. Perdrisot (A.-V.), Ne tabors marocains.

— Méd. aux. Strobel (André), détachement d'armée des Alpes (à titre posthume).

Médaille de la Résistance

Le médecin capitaine Lévy (Jacques), de Bordeaux, alias vétérinaire N° 18.

Citations à l'ordre de l'armée

Sous-lieut. Bonnay (André), étudiant en médecine (à titre posthume).

— Méd. aux. Gimbert, Ne bat. méd.

— Méd. aux. Limouse, Ne bat. méd.

— Méd. lieut. F. F. I. Morel (André) (à titre posthume).

— Méd aux. Halpert (Jacques-Emile), Ne bat. méd. (à titre posthume)

— Méd. aux. Baron (Jean), Ne R. I.

Méd. aux. Ferrand (Patrice), Ne bat. de choc.

Méd. aux. Fleury (Pierre), Ne bat. de choc.

Méd. s.-lieut. Richet (Gabriel), groupe de commandos de France.

Méd. aux. Prot (Daniel J. M.), Ne bat. de choc.

Méd. s.-lieut. Touboul (Marcel), Ne bat. choc.

Méd. comm. Helfft (J. C. J.), Ne bat. méd.

Méd. lieut. François (René), bataillon de marche n° 4.

Méd. s.-lieut. Lesure (J.P.R.), rég. de marche de la Légion étrangère.

— Le médecin auxiliaire Massit (Ray.), Ne rég. inf. col.

— Le médecin capitaine Bergerot (Jean), Ne bataillon médical.

— Le médecin capitaine Lévy (Jacques), de Bordeaux.

Ministère de la Population

Centre d'éducation sanitaire. — Deux arrêtés parus au « J. O. » du 7 novembre 1945 sont relatifs aux règles du fonctionnement des centres d'éducation sanitaire. M. Lucien Viborel est délégué par le ministre de la Santé publique dans les fonctions de directeur du centre national d'éducation sanitaire.

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Sont nommés membres du Conseil :

M. le Médecin général inspecteur Costedoat, professeur agrégé au Val-de-Grâce (affecté à la commission de la tuberculose et à la commission de l'hygiène mentale et de l'alcoolisme).

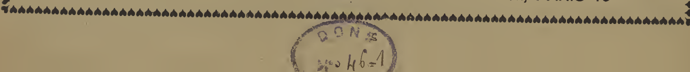
M. le Dr Pruvost, médecin des hôpitaux de Paris (affecté à la commission de la tuberculose).

M. le Médecin général inspecteur Jame, professeur agrégé du Val-de-Grâce (affecté à la commiss. des maladies vénériennes).

Sanatorium de l'Assistance publique. — Après concours M. le Dr Durel a été nommé médecin-chef.

Ministère des prisonniers

Sont nommés membres de la commission des prisonniers de guerre : MM. les Drs Liévin et Brisset.



Colonies

Mission. — Par décret en date du 5 décembre 1945, M. le Dr J.-R. Boisneuf, médecin malariologiste de l'Université de Paris est chargé, à compter du 1er novembre et pour une durée d'un an, d'une mission d'étude et d'organisation de l'assainissement entomologique pour l'île de la Martinique

Service de Santé colonial

Le « J. O. » du 11 décembre publie une liste de médecins et pharmaciens diplômés de l'Ecole africaine de médecine et de pharmacie de Dakar nommés au grade de médecins et de pharmaciens africains de 3e classe.

Hygiène industrielle

L'examen du diplôme de l'Institut d'Hygiène industrielle et de Médecine du travail (session d'octobre) aura lieu les mardi 13 et mercredi 14 novembre 1945, à 9 h. 30, à l'Institut médico-légal, 2, place Mazas.

L'examen du diplôme de Médecine légale (session d'octobre), aura lieu les jeudi 15 et vendredi 16 novembre 1945, à 9 h. 30, à l'Institut médico-légal, 2, place Mazas.

Pour ces deux examens, il ne sera pas envoyé de convocations individuelles. Les candidats sont priés de considérer le présent avis comme en tenant lieu.

S'inscrire à la Faculté de médecine, les lundi, mardi et vendredi, de 14 à 16 heures, au guichet 4.

Guerre

Service de santé militaire (active). — Sont nommés à titre temporaire au grade de médecin sous-lieutenant, les élèves de l'Ecole du service de Santé militaire ci-après désignés, reçus docteurs en médecine :

MM. de Rudder, Barrière, Ponroy, Vigne, Varinot, Haan, Amiot. Ces officiers sont promus médecin-lieutenant à titre temporaire.

Service de santé (réserve). — Sont nommés au grade de médecin aspirant :

MM. les médecins auxiliaires : Becache, Guyot, Lerosay, Le Quellec, Schimmer, Bernier, Charvet, Fassy, Ellachar, Febvre, Blum (F.), Peyrichou, Lespes, Masse, Habib, Loglou.

Aimard, Lernout, Benezech, Laureux, Chauvenet, van der Potten, Sabatier, Montouchet, Dhiersat, Breynaert, Dollien.

Boisserie-Lacroix, Bouverne, Queffeulou, Rebattu, Vincent, Audumares, Massias, Schmitt, Pellerin, Maurey, Damay, Deschamps, Durufle, Pellat, Rogel, Thélot, Renard, Cousin, Leroy, Paychère, Baudouin.

Guyot, Maigne, Mauroy, Fores, Poitrinal, Friart, Guillaumin, Sakka, Samama, Gaudin, Pennaforte, Perrin, Laburthe-Tolra, Pollet, Chanu, Cézanne, Michelin, Brénot.

Michel-Jean-Raymond, Cornibert, Martin, Benaïoum, Teissier, Coquet.

Ecole du service de santé militaire. — Candidats pour l'armée de l'air (J. O. du 8 décembre 1945, p. 8107). — « Parmi les élèves de la section de médecine (troupes métropolitaines) seront affectés au service de santé de l'armée de l'air dans des conditions qui seront ultérieurement précisées : huit élèves, catégorie P. C. B. ; deux élèves, catégorie quatre inscriptions ; deux élèves catégorie huit inscriptions.

Pour les candidats mariés admis dans les grandes écoles militaires Ecole du service de Santé militaire). — Le « J. O. » du 20 novembre 1945 publie un décret du 17 novembre 1945 ainsi conçu :

« Par dérogation aux dispositions du décret du 27 décembre 1930 relatif aux conditions d'engagement des jeunes gens reçus aux écoles militaires assurant le recrutement direct des officiers de l'armée active, et de l'article 6 du décret du 11 avril 1928 relatif aux engagements dans les troupes métropolitaines, les candidats à l'Ecole du service de Santé militaire pourront, quoique mariés, être admis à contracter en 1946 l'engagement prévu à l'article 30 de la loi du 31 mars 1928. »

Guerre. — Le médecin colonel Muraz, ancien directeur des services de lutte contre la maladie du sommeil en A. E. F. et A. O. F. vient d'être promu au grade de médecin général.

Société française de gynécologie
Conseil d'administration pour l'année

1945-46. — Président : M. E. Douay ; Vice-présidents : MM. Cotte (Lyon), Paucot (Lille), F.-A. Papillon, M. Senechal ; Secrétaire général : M. Maurice Fabre ; Secrétaire adjoint : M. R. Palmer ; Trésorier : M. A. Guillemin ; Membres : MM. Claude Beclere, Lefebvre (Toulouse), Laffont (Alger), Turpault.

Comité National de l'Enfance

Par arrêté en date du 13 novembre 1945, le préfet de la Seine a désigné le docteur Rouèche, secrétaire général adjoint du Comité National de l'Enfance, comme membre du Conseil de surveillance de l'Office public d'Hygiène sociale, en tant que représentant de la Chambre syndicale des médecins de la Seine.

Académie Duchenne de Boulogne

Le prix 1944 de l'Académie Duchenne de Boulogne, d'une valeur de 10.000 francs, a été attribué à M. Jacques Charpy, pour sa méthode de traitement du lupus tuberculeux.

Rappelons que le but de l'Académie est de récompenser un travailleur indépendant qui, par ses propres travaux, aura fait progresser la science médicale.

Les mémoires, inédits et non encore récompensés, doivent être envoyés, avant le 31 décembre de chaque année, au Secrétariat de l'Académie, 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris.

Renseignements

Des médecins examinateurs scolaires (conventionnés à temps complet), sont demandés pour le contrôle médical dans plusieurs Académies.

Traitement 120.000 à 150.000 francs, plus diverses indemnités et frais de déplacement.

Renseignements au ministère de l'Education nationale, direction de l'Hygiène scolaire et universitaire, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e). Klé. 04-91.

(Voir fin des Informations, p. 16.)

REVUE GÉNÉRALE

LA TUBERCULOSE LINGUALE

ETUDE ANATOMO-CLINIQUE

Par L. FABRE et M. PASCOT (Montpellier) (1)

La tuberculose de la langue, quoique rare, est bien connue. Ayant eu l'occasion d'en suivre plusieurs cas, tant à la clinique O. R. L. et maxillo-faciale que dans les sanatoria de Montpellier, il nous a paru intéressant de décrire ses différents aspects anatomo-cliniques. Elle a fait l'objet de la thèse inaugurale de l'un de nous (Pascot).

***

Dans une première période, purement clinique, on décrit ses principales formes.

En 1767, Morgagni découvre les ulcérations linguales des tuberculeux.

En 1856, Ricord distingue ces ulcérations des autres lésions linguales et isole la phtisie buccale.

En 1865, Julliard écrit le premier travail d'ensemble, mais faute de contrôle anatomo-pathologique, chose excusable à cette époque, ce travail perd de son intérêt.

Dans une deuxième période anatomo-clinique, on étudie les deux types principaux : l'ulcération et l'abcès froid.

En 1869, Trélat décrit les lésions microscopiques et le premier apporte un critère histologique sûr. Les observations et les travaux d'ensemble se multiplient.

Fano en 1862, Gosselin en 1873 publient les premiers cas d'abcès froids dont l'étude complète est écrite par Withmann en 1893.

Dans la période contemporaine, à côté des deux formes classiques, on décrit d'autres aspects plus rares.

En 1926, dans leurs thèses, Richaut à Paris et Rosenthal à Nancy distinguent, outre l'ulcération et le tuberculome, le lupus vulgaire, le lupus érythémateux et la forme papillomateuse hypertrophiante.

Aux types précédents, il convient d'ajouter la tuberculose miliaire et la plaque lisse tuberculeuse décrite par Sezary (1940).

***

Les méthodes modernes de diagnostic facilitent les recherches et ont montré que c'était la forme de tuberculose bucco-pharyngée la plus fréquemment rencontrée.

C'est cependant une affection rare. En 1924, Morrow et Millon ont pu réunir 280 cas, en 1929, Rigney, d'Aunay et Miller ont réussi à grouper 334 observations.

Cette rareté est due à de nombreux facteurs : action antiseptique de la salive, mobilité extrême de la langue, résistance propre de la muqueuse, richesse de la vascularisation sanguine et lymphatique.

Elle s'observe surtout chez l'adulte entre 20 et 50 ans, on a décrit des cas chez le vieillard (5 cas) et chez l'enfant (4 cas).

Les hommes sont plus souvent atteints que les femmes, dans la proportion de 80 % (Rousseau-Decelle et Raison).

Chez les tuberculeux pulmonaires, les causes d'irritation locale (tabac, alcool, carie dentaire), sont des facteurs localisateurs, mais même dans ces cas, la fréquence est de l'ordre de 1 % (Richard).

***

Deux mécanismes de pénétration du bacille dans la langue sont possibles : l'inoculation locale de dehors en dedans ; l'inoculation par voie interne de dedans en dehors.

L'inoculation locale peut être autogène par le produit bacillaire lui-même (crachats surtout) ou hétérogène, le bacille étant apporté par un objet contaminé (aliments, objets de toilette). L'inoculation interne se fait par voie sanguine et par voie lymphatique.

On peut également opposer, et c'est plus logique, les formes secondaires, c'est le cas habituel, à des lésions respiratoires ou éloignées, et les formes primitives qui sont exceptionnelles (10 % de tous les cas).

Le terrain joue, étant donné l'importance des défenses locales, un rôle considérable. Le fléchissement des moyens généraux de défense est dû à de nombreuses causes (maladies, états physiologiques), qui toutes interviennent pour modifier l'allergie.

***

Cinq types anatomo-cliniques sont classiques, ce sont : l'ulcère tuberculeux, l'abcès froid, le lupus vulgaire, le lupus érythémateux et la tuberculose miliaire ; il convient d'ajouter deux formes récemment décrites : la tuberculose papillomateuse hypertrophiante et la plaque lisse tuberculeuse (Sezary, 1940).

L'ULCÈRE TUBERCULEUX :

Il est habituellement observé chez les tuberculeux pulmonaires, mais peut parfois être primitif (Bucquoy).

Au *stade de début*, on voit, reposant sur un fond rouge foncé, de multiples tubercules miliaires, les tubercules se caséifient, puis s'ouvrent à l'extérieur, la réunion des cratères qui en résultent caractérise l'ulcération.

L'ulcération, habituellement unique et de dimensions variables, s'observe surtout sur les bords et à la pointe de la langue, démontrant ainsi l'importance localisatrice du traumatisme. Ses bords sont découpés en jeu de patience et Reclus les compare à ceux d'un fjord norvégien, ils sont décollés, grisâtres, parfois sphacélés. Le fond est raviné, recouvert de débris sphacéliques. L'ulcération n'intéresse que la muqueuse, rarement elle atteint la musculeuse.

Sur le pourtour rouge de l'ulcération se voient parfois les grains jaunes décrits par Trélat, leur existence est inconstante et fugace.

Les lésions reposent sur une base souple, sauf s'il y a myosite associée, elles ne saignent pas, ce sont des signes négatifs importants.

L'adénopathie est presque constante, mais il est exceptionnel qu'elle soit suppurée.

Les troubles fonctionnels sont très variables, en règle générale ils sont discrets, sauf lors des repas où ils peuvent parfois être très marqués.

L'hypersécrétion salivaire constitue dans certains cas une manifestation sérieuse.

Une fois constitué, l'ulcère évolue exceptionnellement vers la cicatrisation spontanée, l'extension en surface est habituelle, elle est très lente et reflète toujours l'évolution de la tuberculose pulmonaire.

La glossite aiguë, quoique rarement, complique et accélère l'évolution.

A côté du type habituel décrit ci-dessus, on observe une forme fissuraire, une forme végétante ulcéreuse et une forme pseudo-cancéreuse, les nommer c'est les décrire.

Les lésions sont caractéristiques, l'épithélium est enlevé comme à l'emporte-pièce, le fond et les bords, formés par des bourgeons charnus, reposent sur une couche de tissus renfermant des follicules tuberculeux dans les cas typiques, des cellules géantes ou des plages épithéloïdes dans les cas atypiques. Les éléments musculaires sont dissociés puis détruits. On retrouve toujours des bacilles dans les follicules caséifiés, pour les autres types de lésions microscopiques, seule l'inoculation au cobaye permet le diagnotic étiologique.

L'ABCÈS FROID TUBERCULEUX :

Il peut être primitif (2 cas), mais c'est le plus souvent une lésion secondaire.

Le début est très insidieux, c'est par hasard que le malade découvre une « grosseur » dans sa langue. C'est une tuméfaction unique, siégeant à la face dorsale plutôt vers les bords et la pointe. La muqueuse sus-jacente est rougeâtre et vernissée.

A la palpation, c'est une tumeur indolore, mal limitée, fixée en plein parenchyme, de consistance dure, c'est la gomme tuberculeuse (phase de crudité). Elle augmente progressivement de volume, se ramollit, adhère à la muqueuse sus-jacente qui devient violacée, puis s'ulcère ou se fistulise, laissant s'écouler le pus.

L'adénopathie est très fréquente, elle peut manquer. Les signes fonctionnels, sauf après fistulisation, sont minimes. L'évolution est très longue et dure des mois, une fois fistulisée ou ulcérée, la lésion n'a aucune tendance à la cicatrisation.

On distingue l'abcès froid superficiel qui s'évacue par une large ulcération et l'abcès froid profond qui se draine mal par un long trajet fistuleux.

Withmann, puis Rosenthal, ont isolé une forme particulière caractérisée par la multiplicité des gommes apparaissant

---

(1) Travail de la clinique oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale (professeur J. Terracol) et de la clinique de la tuberculose (professeur J. Vidal), de la Faculté de médecine.

dans le corps musculaire et soufflant l'organe avant de se fistuliser.

Les *lésions* ne présentent pas de caractères particuliers, ce sont celles de tout abcès froid tuberculeux où qu'il siège, elles ne nous retiendront pas. Les bacilles sont découverts dans la couche des cellules épithélioïdes et à l'intérieur des cellules géantes.

Le lupus vulgaire :

C'est une lésion rare, surtout observée chez les sujets jeunes, chez la femme en particulier. Il est presque toujours secondaire à un lupus du voisinage (face, pharynx, nez).

Au contraire du lupus cutané, il revêt un aspect toujours le même et Rosenthal, dans sa thèse, parle de la « quasi uniformité » des lésions linguales du lupus. Il siège surtout sur la pente pharyngée de la langue et de là s'étend vers en avant.

Le début est souvent méconnu, la langue présente une coloration violacée, mal limitée ; la plaque lupique est constituée par la réunion de nombreux nodules, les lupomes, dont la grosseur est variable.

La *plaque* est en relief et au palper donne une impression de rugosité, mais il n'y a pas d'induration profonde (forme papillomateuse). Parfois la plaque peut s'ulcérer et la lésion prend une allure phagédénique et devient douloureuse (forme ulcéreuse), les deux formes peuvent coexister et donner une forme mixte.

L'évolution est très lente, les lésions progressent par leur périphérie cependant que le centre se cicatrise.

L'adénopathie est presque toujours retrouvée, elle est parfois généralisée.

La cicatrice lupique peut dégénérer en épithélioma, elle peut toujours être le siège de nouvelles poussées.

La *lésion* élémentaire est le follicule de Kœster, il s'agit cependant d'une forme pauci-bacillaire.

Le lupus érythémateux :

Sa nature bacillaire est discutée, en particulier à l'étranger. C'est une lésion très rare, surtout observée chez les sujets âgés. Il se traduit par des plaques arrondies, nettement limitées, de coloration rougeâtre, siégeant surtout sur les bords de la langue, douloureuses au palper. Ce sont des lésions purement congestives sans signes spécifiques.

La tuberculose miliaire :

Elle est secondaire, soit à une infection exogène massive, soit à une généralisation chez les tuberculeux cachectiques.

Toute la muqueuse bucco-pharyngée est criblée de nodules jaunâtres, du volume d'un grain de millet, enchâssés dans la muqueuse, ce sont les tubercules miliaires.

Ces nodules s'ulcèrent et, les pertes de substances confluant, il en résulte une ulcération tuberculeuse typique.

L'évolution est rapide et parfois l'ulcération n'a pas le temps de se faire.

La tuberculose papillomateuse hypertrophiante :

Elle a été isolée par Doinville en 1904, puis par Daulos et Lévy-Franckel en 1909.

Elle est aussi fréquente que le lupus ou la gomme, presque toujours secondaire, elle s'observe surtout chez l'homme.

La *lésion* caractéristique est une tuméfaction ovalaire et régulière de la face dorsale de la langue, elle augmente progressivement de volume et peut atteindre la grosseur d'une noix. La néoformation est due à la conglomération de granulations en arêtes qui surplombent la muqueuse saine et laissent entre elles de profonds sillons.

Au palper, la lésion est de consistance élastique, elle n'infiltre pas.

Il n'y a pas d'adénopathies et les signes fonctionnels sont très discrets.

Les follicules tuberculeux siègent dans la sous-muqueuse, les papilles sont hypertrophiées et l'épithélium très épaissi.

La plaque lisse tuberculeuse :

Un seul cas a été publié par Sézary en 1940. Nous n'en tirerons aucune conclusion, si ce n'est que la recherche systématique des processus tuberculeux dans les lésions linguales mal cataloguées étiologiquement, est un impératif catégorique.

***

Quelle que soit la forme anatomo-clinique, le diagnostic clinique n'est bien souvent qu'un diagnostic de présomption.

L'ulcération soulève quatre possibilités : l'ulcération dentaire, la syphilis, la tuberculose ou le cancer.

Les finesses du diagnostic clinique différentiel disparaissent devant la certitude qu'apporte la biopsie.

L'abcès froid ne peut être confondu qu'avec la gomme syphilitique, la ponction tranche la question.

Le lupus simple est d'un diagnostic très délicat, mais il est exceptionnellement primitif.

Le lupus érythémateux est rarissime et toujours tuberculeux.

La forme papillomateuse hypertrophiante peut être confondue avec l'épithélioma papillaire et le papillome simple. Ici aussi la biopsie est catégorique.

La tuberculose miliaire ne peut prêter à aucune discussion.

La biopsie est la seule méthode sûre. L'examen au microscope doit comporter la recherche des lésions histologiques et celle des bacilles dans les coupes. Un prélèvement négatif n'a qu'une valeur relative, il ne faut pas hésiter à *répéter les biopsies.* Enfin, dans certains cas, l'inoculation au cobaye de fragments prélevés demeure l'ultime ressource diagnostique.

***

Le pronostic vital est fonction de l'état général, accessoirement de la forme anatomo-clinique.

L'ulcération, sauf si elle est secondaire ou si elle s'accompagne de troubles fonctionnels graves, est d'un assez bon pronostic, mais les récidives et la généralisation sont toujours possibles. L'abcès froid primitif est bénin, secondaire, son pronostic doit être plus réservé.

Le lupus vulgaire ou érythemateux, la forme papillomateuse hypertrophiante sont dans leur ensemble moins graves.

***

La *thérapeutique générale* est celle de toute tuberculose chirurgicale, on ne doit jamais la négliger.

La *thérapeutique locale* varie selon le type anatomo-clinique des lésions.

Une ulcération étendue d'allure primitive doit être détruite par cautérisation (chimique ou thermique) ou par rœntgenthérapie (la radiothérapie de contact n'a pas encore été essayée). Une ulcération primitive localisée doit être enlevée chirurgicalement (exérèse au bistouri, au thermocautère ou au bistouri électrique), la guérison est rapide, les récidives exceptionnelles. L'abcès froid chez un malade ne crachant pas de bacilles doit être réséqué en bloc sous anesthésie locale.

Le lupus est du domaine des scarifications linéaires quadrillées ou de l'ignipuncture au galvanocautère, c'est un cas d'espèce.

La plaque de la tuberculose papillomateuse hypertrophiante doit être réséquée chirurgicalement.

La tuberculose miliaire est au-dessus des moyens thérapeutiques actuels, seuls les analgésiques locaux sont indiqués.

CONCLUSIONS

1° La tuberculose de la langue est une affection rare, surtout observée chez l'homme adulte.

2° Le rôle du terrain dans l'apparition de ces lésions est primordial. On les observe principalement chez les tuberculeux pulmonaires cracheurs de bacilles.

3° Le bacille de Koch commande l'aspect des lésions ; on distingue de ce point de vue des lésions multibacillaires : l'ulcération, la tuberculose miliaire, l'abcès froid ; des lésions paucibacillaires : le lupus vulgaire, le lupus érythémateux, la forme hypertrophiante.

4° Les formes cliniques sont : L'ulcération, soit simple rhagade, soit ulcération large et profonde, l'abcès froid ou tuberculome, le lupus vulgaire, le lupus érythémateux, la tuberculose miliaire, la forme papillomateuse hypertrophiante, la plaque lisse tuberculeuse.

5° Le diagnostic étiologique est très difficile. La biopsie doit être systématique, il faut la répéter plusieurs fois si c'est nécessaire, elle joue un rôle primordial dans l'élaboration du diagnostic.

6° L'apparition d'une ulcération linguale chez un tuberculeux pulmonaire est un signe de défaillance de l'organisme, un signe de mauvais pronostic.

7° Le traitement général de la tuberculose doit être institué dans tous les cas.

Le traitement local est fonction du terrain et du type anatomo-clinique, c'est toujours un cas d'espèce.

Pour la bibliographie, voir H. Pascot : La tuberculose de la langue, étude anatomo-clinique (Thèse de Montpellier, 1945).

ETUDE DU TAUX DU CHOLESTÉROL CHEZ LES MALADES MENTAUX CHRONIQUES

Par MM. M. Leconte et A. Damey
de la Colonie Familiale d'Ainay-le-Château

Depuis que les malades mentaux ont été soumis à des investigations psychologiques et ont été l'objet de certificats administratifs, la pathologie générale et la biologie médicale ont évolué.

La médecine psychiatrique de l'avenir devra compléter nos connaissances par une étude biologique absolument complète des malades qui sont de son ressort. Cette étude est quasi impossible dans les asiles, encore fort mal outillés, et souvent peu curieux de biologie.

C'est pourquoi il conviendra de créer, en annexe des hôpitaux, de véritables services de psychiatrie, qui devront être aménagés absolument comme un autre service de médecine.

Séglas l'a dit, il y a fort longtemps, le psychiatre doit être le moins spécialisé des médecins.

Malgré l'absence de laboratoire de notre service, nous avons entrepris l'étude systématique du cholestérol de nos malades, qui fut dosé à Montluçon par notre confrère Rayrolles.

Rechercher ces dosages était tout naturel si l'on réfléchit que le cerveau est, avec la surrénale, l'un des éléments les plus riches de l'organisme en cholestérol, 30 grammes pour 1.000. C'est dire d'ailleurs que le cerveau des malades mentaux devra, lui aussi, être examiné sous ce rapport.

Nous avons pratiqué ces dosages d'une manière systématique, sans nous borner à telle ou telle catégorie de malades ; la seule sélection est due au caractère même de la colonie familiale : les aigus, c'est-à-dire les internements directs, sont pour ainsi dire absents, du fait du recrutement essentiellement fourni par des transferts de malades chroniques venant des hôpitaux psychiatriques de la Seine, où ils ont déjà fait des séjours parfois prolongés.

Cette recherche porte donc sur des chroniques, et parmi eux des malades réputés incurables. L'un des buts de la colonie est théoriquement, une réadaptation à la vie sociale, et aboutit, dans un nombre de cas non négligeables, à des sorties définitives. Un fait demeure, la majorité des malades qui s'y trouvent est constituée d'infirmes mentaux, d'invalides psychiatriques, de chroniques. On y rencontre principalement des oligophrènes, imbéciles ou débiles mentaux et des affaiblis intellectuels : démences ou paralysies générales traitées. Les autres sont des épileptiques, des parkinsonniens, un certain nombre, des schizophrènes, des délirants plus ou moins actifs.

Le dosage de la cholestérine a été pratiqué dans tous les cas, suivant une méthode constante : prise de sang à 9 heures du matin sur le malade à jeun, et dosage pratiqué par le même laboratoire, suivant une technique constante (méthode de Grigaut).

Notre étude étant essentiellement statistique et ne cherchant pas actuellement à donner des renseignements d'intérêt quotidien pour un sujet donné, la marge habituelle des chiffres de 0 gr. 30 qu'il est normal d'observer (1) par suite des variations normales, est beaucoup moins gênante pour des résultats généraux, l'erreur en plus, due à l'un d'eux, étant normalement compensée par l'inverse chez un autre. Nous avons, jusqu'à présent, fait cette recherche sur 130 malades et ce sont les résultats obtenus que nous allons exposer.

On connaît la variation du taux de la cholestérine avec l'âge. Chez le normal, il est compris entre 0 gr. 80 et 1 gramme à la naissance, aux environs de 1 gr. 30 chez l'enfant, il atteint 1 gr. 60 à 1 gr. 80 chez l'adulte, augmente encore aux environs de 40 ans avec des chiffres normaux dans les environs de 1 gr. 80 pouvant atteindre 2 gr. 30 chez les sédentaires et citadins (ce qui n'est guère le cas pour nos malades vivant la vie de paysans), mais peut fausser un peu le résultat des dosages faits à l'arrivée à la colonie, c'est-à-dire au sortir d'un séjour dans un hôpital psychiatrique de la Seine. A noter d'ailleurs pour ceux-ci, une autre cause perturbante, en moins cette fois, c'est le régime alimentaire d'habitude nettement restreint que ces malades y ont eu, car nos 130 malades ont vu pratiquer leur dosage depuis décembre 1943. Enfin, la cholestérine retombe chez le vieillard aux environs de 2 grammes.

Or, la moyenne des dosages notés à la colonie pour l'adolescent de 20 ans, est de 1 gr. 68. A 30 ans, la moyenne trouvée est de 2 gr. 13, à 40 de 1 gr. 92, à 50 de 2 gr. 25 et on note ici aussi une chute relative : 2 gr. 15 à 60 ans, 2 gr. 05 à 70 ans.

La courbe de la cholestérolémie plasmatique est donc nettement différente de celle de l'individu normal et toujours elle lui est supérieure. Avant guerre, l'un de nous avait même eu une impression d'augmentation beaucoup plus considérable dans les asiles.

Nous allons maintenant exposer les constatations plus directement conditionnées par la notion du caractère psychiatrique de nos malades.

Trente d'entre eux ont été internés pour paralysie générale (2). Leur âge est assez variable : entre 37 et 65 ans ; le dosage normal serait dans les environs de 1 gr. 80 ; nous trouvons un dosage moyen plus élevé, de 1 gr. 91.

Cependant, il faut constater une grande variabilité autour de ce chiffre, puisque c'est ici que nous notons le dosage minimum enregistré au cours de cette recherche :

Cas 58. — P. G. traitée, séquelles à forme de démence paranoïde, négation d'organe, âge mental Binet et Simon, 15 ans, cholestérolémie 1 gr. 10.

C'est également ici que nous notons le dosage maximum enregistré :

Cas 114. — P. G. traitée, avec stovarsolthérapie, paludisme ancien, artério-sclérose accusée, affaiblissement intellectuel ; âge mental 9 ans, aux tests de Binet et Simon ; cholestérolémie 3 gr. 90.

La notion d'affaiblissement intellectuel est évidemment composée d'un abaissement de l'âge mental constatable aux tests de Binet et Simon, par exemple, mais aussi d'autres éléments : mimique, mnésique, jugement, etc., que ces tests ne décèlent pas avec rigueur et qui sont plus souvent affaire d'appréciation que de mesure. Nous ne tiendrons compte, à ce sujet, que des mentions figurant antérieurement aux nôtres sur l'observation.

Or, nous avons relevé, parmi ces trente cas, les cinq plus gros dosages :

Cas 114, déjà cité ;

Cas 15, dosage 3 gr. Relevons dans son observation les étiologies d'alcoolisme et d'artério-sclérose et la mention d'affaiblissement intellectuel ;

Cas 17, dosage 2 gr. 70. Artério-sclérose légère, affaiblissement intellectuel ;

Cas 76, dosage 2 gr. 80, avec alcoolisme et affaiblissement intellectuel ;

Cas 84, dosage 3 gr., âgé de 43 ans, et mentionné comme P. G., peut-être héréditaire, tabes et gros affaiblissement intellectuel.

Nous avons donc chaque fois relevé cette notion d'affaiblissement intellectuel chez le P. G. à forte cholestérolémie. Le fait est d'autant plus remarquable que l'affaiblissement intellectuel ne se rencontre sur l'ensemble de nos trente P. G. que dans six cas. Nous allons parler plus loin du sixième. Faudrait-il voir dans un fort dosage du cholestérol un élément pronostic de l'état qu'on peut récupérer après traitement. Ne pouvant, à la colonie d'Ainay, nous livrer, en raison du caractère de post-cure de l'établissement, à cette étude, nous nous bornons à en faire la suggestion.

Quant aux dosages faibles, inférieurs à 1 gr. 70, nous en avons relevé dix.

Notons un affaiblissement intellectuel, vraisemblablement lié à un traumatisme cranien grave. Ce malade a fait, quelques mois avant son internement pour P. G. une fracture du crâne et a été trépané.

Les âges mentaux des autres sont 8 ans dans deux cas, 11 ans dans deux cas, 13 ans 1/2 dans un cas, 15 ans ou plus dans les quatre autre cas, toujours à l'échelle Binet et Simon. Donc une excellente moyenne. Nous relevons la notion d'alcoolisme quatre fois, celle de tuberculose une fois, mais neuf fois nous notons, à des degrés divers, et sept fois d'une manière accentuée, la notion de l'artério-sclérose, soit 90 %. Parmi nos autres P. G., cette notion ne se rencontrait que dans 58 % des cas, et, pour ceux à fort dosage, chez trois d'entre eux dont un est noté comme artério-sclérose faible, soit 60 %.

Treize de nos malades comportent la mention d'accidents convulsifs ou épileptiques. Trois d'entre eux sont des P. G. et leurs dosages sont conformes à notre constatation précédente : 3 gr. 10 avec affaiblissement intellectuel, 1 gr. 70 à 1 gr. 90 sans affaiblissement intellectuel, ni artério-sclérose bien accentués. En dehors de ceci :

Cas 36, gros débile mental qui atteint 3 gr. 60. Présente des signes de dégénérescence ; a fait un R. A. A. ; a vu sa mère paralysée après ictus ;

Cas 90, sujet à des vertiges épileptiformes, atteint 2 gr. 80.

(1) Le Métabolisme du cholestérol chez l'individu normal. Max Fourestier et Pierre Gérard (*Gazette des Hôpitaux*, 1er avril 1945, p. 103).

(2) La paralysie générale est-elle de nature exclusivement syphilitique ? Leconte et Marty (*Gazette des Hôpitaux*, 1er mars 1945, p. 71).

C'est un imbécile (6 ans 1/2 aux tests Binet et Simon), qui présente de gros signes de dégénérescence ;

Cas 53, qui atteint 2 gr. 40, épileptique et alcoolique, présente un état dépressif chronique. Age mental correct ;

Cas 4, a présenté des « crises épileptiformes » ou des « attaques ». Il est dosé à 2 gr. 30. Notion d'alcoolisme, artério-sclérose, stigmates de dégénérescence accusés et affaiblissement intellectuel ;

Cas 20, déséquilibre psychique, débile mental, a fait, à la puberté, au début de l'internement, des accès convulsifs. Dosage, 2 gr. 30 ;

Cas 109, microcéphale, dégénéré, hérédo-syphilis, atteint de strabisme congénital. Il atteint 2 gr. 10 ;

Cas 100, présente actuellement des accès très rares sous l'effet du Solantyl. Est dosé actuellement à 2 gr. 10 ;

Cas 82, a 1 gr. 70 de cholestérine. Il a subi à deux ans et demi un traumatisme cranien. A présenté à l'âge de six ans une hémiplégie gauche. C'est un épileptique qui présente des signes de dégénérescence et d'alcoolisme ;

Cas 36, fait également 1 gr. 70. Epileptique dans son enfance à la suite d'un traumatisme cranien qui a entraîné un arrêt du développement intellectuel. Age mental sept ans et demi aux tests de Binet et Simon. C'est un dégénéré hérédo-alcoolique, alcoolique et artério-scléreux ;

Enfin le cas 62 présente de rares crises épileptiques et a été, à plusieurs reprises, étiqueté psychose discordante. Cholestérol 1 gr. 50 seulement.

En conséquence, les épilepsies, dites essentielles, correspondent à des dosages forts. Si l'on élimine les trois premiers, P. G., le dernier, atypique, et les deux précédents, post-traumatiques, il nous reste 6 malades à dosage supérieur à 2 gr. 10 et dont la moyenne est de 2 gr. 56, au chiffre nettement élevé par conséquent.

D'un seul résultat, nous ne pouvons émettre une opinion sur l'influence du Solantyl sur le dosage, d'autant que nous ignorons le dosage antérieur à ce traitement. Nos autres épileptiques à crises rares dans l'ensemble, sont traités au gardénal.

La vie en colonie familiale est pratiquement incompatible avec l'état d'idiotie, aussi ne pouvons-nous émettre d'opinion à ce sujet. Cependant, il est un fait très net : cinq de nos malades ont des âges mentaux inférieurs à six ans. Les diagnostics portés sur les divers certificats ont évolué entre l'imbécillité profonde et l'idiotie légère. Deux d'entre eux, présentant des troubles neurologiques (l'un une paraplégie spasmodique, l'autre des troubles endocriniens et infundibulo-tubériens), ont des dosages faibles, 1 gr. 50 et 1 gr. 70 ; les quatre autres ont, au contraire, des dosages forts : 2 gr. 05, 2 gr. 65, 2 gr. 70 et 2 gr. 80. Au contraire, les imbécillités légères et les débilités mentales correspondent à des dosages compris entre 1 gr. 60 et 1 gr. 90. Il semble logique d'invoquer un mécanisme pathologique assez distinct pour ces deux états.

Chez nos dix parkinsoniens, nous avons relevé une certaine discordance d'avec les résultats de M. A. Kaswin (1). En effet, cet auteur signale leur hypercholestérinase. Or, si dans six cas nous trouvons des chiffres forts, entre 1 gr. 80 et 2 gr. 40, avec une moyenne de 2 gr. 05, dans les quatre autres mois, nous avons une moyenne de 1 gr. 55. Le premier a également une syphilis cérébrale et est un artério-scléreux avec tension artérille à 17-8 1/2. Il fait songer à nos P. G. artério-scléreux à faible dosage, le Parkinson ne faisant plus sentir son influence hypercholestérolémiante. Chez les trois autres, nous notons deux fois la tuberculose pulmonaire et une fois une hérédité tuberculeuse. Cette notion de tuberculose ne se révèle pas dans les six autres cas et l'on sait l'influence hypocholestérolémiante de la tuberculose (2). Ces deux corrections apportées, nous conclurons aussi à une hypercholestérinase modérée des parkinsoniens.

Nous avons relevé chez nos malades huit syndromes dits psychoses hallucinatoires chroniques. On y relève deux dosages faibles, 1 gr. 50, correspondant à une étiologie d'alcoolisme et d'artério-sclérose associés. Les autres ont un dosage normal entre 1 gr. 70 et 1 gr. 90. Signalons cependant que l'un d'entre eux, syphilitique et artério-scléreux, avait le 13 mars un dosage de 1 gr. 70 qui est monté à 2 gr. 10 deux mois après, quelques jours avant sa mort par ictus.

Les dosages, dans les quatorze cas de syndromes discordants diagnostiqués antérieurement D. P. au schizophrènes, donnent quatre dosages forts, entre 2 gr. 60 et 2 gr. 80, et quatre faibles entre 1 gr. 60 et 1 gr. 80.

Il est vraiment frappant que, dans les quatre cas à dosage faible, on note trois fois un traumatisme cranien net ayant entraîné le coma, dont deux antérieurs à la psychose ; pour le troisième, la question a été disputée de savoir s'il s'agissait d'un ictus avec blessure consécutive ou d'un traumatisme ayant entraîné un coma. Quant au quatrième, c'est un Israélite présentant des signes multiples de dégénérescence, dont une agénésie du conduit auditif externe droit ; or, une otite grave a évolué à droite jusqu'à la mastoïdite avec phénomènes accusés de névralgie du trijumeau et trépanation mastoïdienne, au milieu d'un cortège de phénomènes toxi-infectieux : torpeur. céphalées, fièvre intense, etc... L'internement a eu lieu dans l'année. Signalons aussi son hérédité bacillaire, ainsi que pour le premier cas cité.

Cette étiologie bacillaire ne se rencontre pas dans nos forts dosages ; on ne la relève que dans deux autres cas dosés 1,90 et 2 grammes.

Chez les malades à fort dosage, nous relevons une curieuse discordance avec le faible dosage de l'urée : 50 ans, urée 0,28, cholestérine 2 gr. 80 ; 55 ans, urée 0,36, cholestérine 2,70 ; 51 ans, urée 0,18, cholestérine 2,70 ; 30 ans, urée 0,20, cholestérine 2,60.

Avec ces P. G., ces épileptiques, ces imbéciles, ces parkinsoniens, ces discordants, ces délirants, nous avons passé en revue l'ensemble de nos malades. Il est intéressant de rechercher l'empreinte générale donnée à l'ensemble, par telle ou telle étiologie. A ce sujet, nous avons relevé l'alcoolisme, l'artério-sclérose et la tuberculose. La notion d'alcoolisme, à titre d'étiologie massive ou d'appoint, se retrouve chez 63 de nos malades. Nous y rencontrons des dosages très variés, échelonnés entre 3,20 et 1,50.

Cependant, les quatre malades qui sont supérieurs à 2,80 sont des P. G. déjà vus, tandis qu'on relève 41 cas inférieurs à 2,10, 27 même inférieurs à 1,80. 9 ne dosent que 1 gr. 50 : trois P. G. signalés plus haut, deux autres cas présentent la notion hypocholestérolémiante de tuberculose. Il faut encore signaler que sept d'entre eux présentent des étiologies associés alcoolisme-artério-sclérose, les deux autres étant un P. G. affaibli et un imbécile dégénéré avec insuffisance testiculaire.

Cependant, il était encore intéressant de relever les dosages de huit de ces malades signalés pour hépatomégalie. Ecartons le cas 117 — dosage 1,80 — mort de cirrhose hépatique de Hanot (diagnostiquée à l'autopsie et au laboratoire) et deux P. G. alcooliques dosant 1,60 et 1,70. Les six autres ont des dosages forts ou très forts : trois entre 2 grammes et 2 gr. 10 et trois entre 2,35 et 2,70.

Pour les artério-scléreux, nous trouvons une moyenne assez haute à 1,95 ; rappelons que chez l'homme normal elle serait entre 1,70 et 1,80 et que, pour l'ensemble de nos malades, elle est de 1,85. Si maintenant nous classons ces artério-scléreux en artério-scléreux simples et en hypertendus, nous obtenons pour les premiers une moyenne de 1,90 de cholestérine et pour les autres une moyenne de 2,20.

La tuberculose est représentée par cinq anciens tuberculeux pulmonaires, dont les dosages varient entre 1,50 et 1,80 et huit autres ayant une hérédité tuberculeuse paternelle ou maternelle dont les dosages évoluent entre 1,60 et 2 grammes. Moyenne pour les premiers de 1,64 et pour les seconds de 1,80.

Tels sont les premiers résultats fournis par notre étude systématique. On voit donc que le taux du cholestérol sanguin, qui a été dosé par la méthode de Grigaut, est sensiblement augmenté, dans la règle chez les malades mentaux. Il faudrait encore, à cette occasion, rechercher les divers rapports biologiques, doser le cholestérol du cerveau, se conduire en médecin et en biologiste pour comprendre la signification des diverses données qui auront peut-être un jour des sanctions thérapeutiques. L'asile, vieil outil, passablement ébréché, ne nous permet plus de suivre le courant médical moderne. Des transferts, des certificats administratifs, des découpages psychologiques en secteurs nouveaux, ne nous renseigneront jamais sur ce qui se passe au niveau du neurone, substratum des fonctions psychiques.

Puissent des services modernes permettre à des chercheurs de poursuivre ces études dont la nôtre n'a que le modeste intérêt de signaler ce qu'il en était d'une substance qu'il faudra étudier avec les fonctions du foie (1) $\frac{\text{cholestérol éthérifié}}{\text{cholestérol total}}$ par exemple, des reins, des glandes endocrines, pour connaître le chimisme de l'encéphale dont la perturbation autorise la déviation des personnalités ou la production de psychoses aigues.

---

(1) Kaswin M. A. La cholestérine sérique dans la maladie de Parkinson (Académie de Médecine, 29 mai 1945).

(2) Fourestier M., Delaunay P. et Gérard P. Action de l'acétate et de désoxycostérone sur la cholestérolémie (*Gazette des Hôpitaux*, 1er mai 1945, p. 136).

---

(1) Claude H., Durand Ch. et Mlle Bonnard Y. Les épreuves d'insuffisance hépatique et en particulier du rapport $\frac{\text{cholestérol éthérifié}}{\text{cholestérol total}}$ au cours de l'évolution du syndrome confusionnel (*Biologie Médicale*, janvier 1939, p. 1637).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 12 décembre 1945

Choc histaminique et masse sanguine. — MM. Léon Binet et V. Strumza montrent que, dans le choc histaminique, chez le chien chloralosé, la masse sanguine totale est considérablement diminuée. Au moment de la mort, elle est réduite à 55 % de sa valeur initiale. Traité par les antihistaminiques, et apparemment guéri, l'animal garde pendant plusieurs heures une masse sanguine réduite et, de ce fait, est très sensible aux hémorragies.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 18 décembre 1945

(Séance annuelle tenue en présence de M. Robert Prigent, Ministre de la Population.)

M. le Président, dans une brève allocution, présente un aperçu synthétique de l'activité de l'Académie pendant l'année 1945, l'année de la Victoire.

M. Bénard, secrétaire annuel, proclame les prix décernés par l'Académie en 1945.

L'énergie atomique. — M. Joliot-Curie. — En même temps que l'aboutissement des recherches auxquelles ont préludé voici bientôt cinquante ans les premiers travaux de M. Henri Becquerel, l'apparition de la bombe atomique est l'origine d'une immense vague d'universelle inquiétude quant à l'avenir de l'humanité entière devant les progrès de la chimie nucléaire. M. Joliot-Curie retrace la genèse des récentes découvertes, la place qu'y tient la science française, la déviation imprimée par les nécessités de guerre, la possibilité d'un retour vers les buts pacifiques d'abord envisagés, les réalisations déjà acquises et déjà notables ; il montre enfin la nécessité d'une association à la même tâche des savants et des hommes d'Etat.

Eloge de Charles Richet. — M. Roussy retrace la physionomie et l'œuvre de Ch. Richet, homme de science, dramaturge, poète, historien, philosophe, esprit universel comme en connut la Renaissance et en qui s'unissent « la verve de l'écrivain, les vues du philosophe, les inquiétudes de l'homme de cœur et le chatoiement d'une pensée toujours en éveil », vrai médecin aussi qui unit l'amour de la science et celui de l'humanité.

Prix décernés en 1945 : Prix de l'Académie, à M. le Dr Delmas-Marsalet, de Bordeaux. — Prix du Prince Albert Ier de Monaco, à M. le Dr Reilly, de Paris, pour ses travaux concernant le rôle du système neuro-végétatif dans les maladies infectieuses. — Prix Argut, à MM. les Drs Huriez, Dumont, Patoir et J. Leborgne. — Prix François-Joseph Audiffred. L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde les arrérages disponibles à titre d'encouragement à : M. le Dr Mérigot, d'Assy ; Mlle le Dr Josette Labonde, de Paris ; M. le Dr Jacob, de Paris ; Mlle le Dr della Torre, de Paris. — Prix du Baron Barbier, à M. le Dr Gerson, de Paris. — Prix Berraute. L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde les arrérages disponibles, à titre d'encouragement, à M. le Dr Charles Gros, de Montpellier. — Prix Louis Boggio, à M. le Dr Diacoumopoulos, de Paris. — Prix Bouchet-Renault, à Mlle Henriette Reculard, de Paris. — Prix Mathieu Bourceret, à M. le Dr Minkowski, de Paris. — Prix Henri Buignet, à M. E. Kahane, de Paris. — Prix Burckly, à M. le Dr Poncin, de Lyon. — Prix Pierre Cadiot, à M. Curasson, de Poligny. — Prix Capuron, à M. le Professeur E. Duhot, de Lille. — Prix Marie Chevalier, à M. le Dr Viborel, de Paris. — Prix Chevillon, à M. Jarrige, de Paris. — Prix du Dr Emile Combe, à M. le Dr Marc Hardel, de Paris. — Fondation de M. et Mme Day. L'Académie ne décerne pas le prix, mais accorde les arrérages disponibles à M. Boureille, de Boulogne-sur-Seine. — Prix Demarle, à M. le Dr Daniel Cousin, de Noisy-le-Sec. — Prix Desportes. Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Akakpo, de Paris ; 2° M. le Dr Fandre, de Nice-Carabacel. — Prix du Dr Dragovitch, à M. le Dr Jean Chaia, de Paris. — Prix de Mme Dragovitch. Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Jacques Vié, de Neuilly-sur-Marne ; 2° M. le Dr Zaborowsky, de Paris. — Prix du Dr Jacques Fayet, à M. le Dr Jean Leroux-Robert, de Paris. — Prix Gaston Fournier, à M. le Dr René Barthe, de Gennevilliers. — Prix Jacques Gueretin. Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr André Dequirot, de Paris ; 2° M. le Dr Jacques Merle-Béral, d'Albi. — Prix du Dr Paul Guillaumet, à M. C. Rogué, de Châtillon-sous-Bagneux. — Prix Pierre Guzman, à M. le Dr J.-E. Escalle, de Paris. — Prix Catherine Hadot (Médecine). Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Pierre Passouant, de Montpellier ; 2° M. le Dr Aussannaire, de Paris ; 3° M. le Dr Grigoraki, de Paris ; 4° M. le Dr Marc Jost, de Paris. — Prix Catherine Hadot (Hygiène), à M. le Dr Rémy Richou, de Garches. — Prix du Dr François Helme, à Mme le Dr Guélin, de Paris. — Prix Henri Huchard. Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Le Rasle, de Caen ; 2° M. le Dr Pernot, de Strasbourg. — Prix Itard, à MM. les Drs Jean Olmer, Buisson et Audier, de Marseille. — Fondation Jansen. L'Académie décerne les dix parts à : 1° M. le Dr Klein, de Clermont-Ferrand ; 2° M. le Dr Gadjos, de Paris ; 3° M. le Dr Derrien, de Marseille ; 4° Mlle le Dr Lucienne Corre, de Vanves ; 5° M. le Dr Jean Cheymol, de Paris ; 6° M. R.-G. Busnel, de Paris ; 7° M. le Dr Maurice Guérin, de Paris ; 8° M. Dervichian, de Paris ; 9° Mlle le Dr Feder, de Neuilly-sur-Seine ; 10° M. le Dr Touraine de Paris. — Prix du Baron Larrey. Le prix est partagé entre : 1° M. le général inspecteur Marotte, de Lyon ; 2° M. le Dr Jacques Huguier et M. A. Chatelin. — Fondation Laval, à M. Jean Lespargot, de Paris. — Prix Le Piez, à M. le Dr Henry Bayle, de Paris. — Prix Clotilde Liard, à M. le Dr Albert Besson, de Paris. — Prix Louis, à M. Halpern, de Paris. — Prix de Martignoni. Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr J. Guiart, de Lyon ; 2° M. Blaessinger, de Paris. — Prix Mège, à Mlle Pontonnet, de Paris. — Prix Merville. Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Alix, de Dijon ; 2° M. le Dr Félix Muller. — Prix Monbinne, à M. le Dr Labignette, de Boulogne-sur-Seine. — Prix Nativelle, à M. le Dr Delhourme-Houdé, de Paris. — Prix du Dr Gustave Ollive, à M le D Crosnier, de Vincennes. — Prix Pannetier, à M. le Dr Deschiens, de Paris. — Prix Berthe Péan, à M. le Dr André Joussaume, de Cormeilles-en-Parisis. — Prix Perron. Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Jean Sice, de Marseille ; 2° MM. Mourgue et Roche, de Marseille. — Prix Potain, à M. le Dr Roch, de Genève. — Prix Rebouleau, à M. le Dr Robert Tiffeneau, de Paris. — Prix Jean Reynal, à M. le Dr Pennaneac'h, de Toulon. — Prix Ricaux (Tuberculose). Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Carboulec, de Châteaubriant ; 2° M. le Dr Lowys, d'Assy ; 3° M. le Dr Raimbault, de Paris. — Prix Philippe Ricord, à M. le Dr Raphaël Mollinedo, de Paris. — Prix Albert Robin, à Mme Magnier de la Source, de Paris. — Prix Roussilhe (Dermatologie), à M. le Dr Charpy, de Dijon. — Prix Roussilhe (Vénéréologie), à M. le Dr Sicard de Plauzoles, de Paris. — Prix Roussilhe (Dermato-vénéréologie coloniale), à M. le Dr Lepinay, de Casablanca. — Prix Marc Sée, à M. le Dr Vincent, de Toulouse. — Prix Tarnier, à M. le Dr Chappaz, de Reims. — Prix Vernois. Le prix est partagé entre : 1° M. le Dr Henri Heim de Balsac, de Paris ; 2° M. le Pharmacien-capitaine Peronnet, de Vichy ; mention honorable à M. le Dr Martinaud, de Bordeaux, et à M. le Dr Morche, de Nice.

Récompenses pour le service de l'hygiène et des maladies contagieuses. — 1° *Médaille de vermeil :* M. le Dr Grenoilleau (d'Alger). — 2° *Médailles d'argent :* M. le professeur Mandoul de Bordeaux) ; M. le Dr Guerriero (de Montauban) ; M. le médecin-inspecteur de la Santé de l'Oise. — 3° *Médailles de bronze :* MM. les inspecteurs de la Santé de la Drôme, de la Loire-Inférieure, de la Mayenne ; M. le directeur et M. l'Econome de l'hôpital de Caen.

Service de la tuberculose. — 1° *Médailles d'argent :* Sœur Marie de la Croix (de Luron) ; MM. les Drs : Bonjean (du Maroc) ; Bucaille (de Saint-Lô) ; Feberey (du Haut-Rhin) ; Vieilledent (de Lille) ; MM. Flamand, Lezer (de Paris) ; Popineau (de Bourges). — 2° *Médailles de bronze :* Mmes Barbey (de Caen) ; Defarges (d'Orléans) ; Demay (de Ruffec) ; Marcy (de Lourches) ; Seguin (de Lure) ; Mlle Joseph (de Sens) ; M. le chanoine Bouard (du Cantal) ; MM. les Drs Basse (d'Eure-et-Loir) ; Bindschelder (de Montélimar) ; Brault (de Rennes) ; Delie (de Beauvais) ; Rendu (de Paris) ; Tchekoff (de Briare) ; MM. Colas (du Var) ; Lebreton (de Seine-et-Oise) ; Leroux (de la Sarthe) ; Lovigoni (du Rhône) ; Paul (du Maine-et-Loire) ; Pierre (de la Cherente-Maritime) ; Ritz (d'Annecy).

Service de l'hygiène de l'enfance. — 1° *Médailles d'or :* Croix-Rouge américaine ; Mlle Michaeli, déléguée à la Croix-Rouge suisse ; War relief Services national catholic Welfar conference ; Mme Forssius (Comité suédois d'aide aux enfants de France) ; Mlle Gros (de Paris) ; MM. Thelin, secrétaire général de l'Union internationale de secours aux enfants à Genève ; Levesque (de Paris). — 2° *Rappel de médaille de vermeil :* M. le Dr Bohn (de Paris). — 3° *Médaille de vermeil :* Mlles le Dr Provendier (de Paris) ; Fritsch (de Bordeaux) ; Lépine (de Paris) ; MM. les Drs Bénard (de Paris) ; Bethoux (de Grenoble) ; Boulanger-Pilet (de Paris) ; Debray (de Paris) ; Fleury (de Rouen) ; Hazemann (de Paris) ; Lamaze (de Paris) ; Lançon (de Bourges) ; Langevin (du Mans) ; Lefebvre (de Lille) ; L'Hirondel (de Caen ; Longchamp (de Toulon) ; Mans (d'Amiens) ; Merle (de (Valence) ; Robert Monod (de Paris) ; Pignot (de Paris) ; Porez

(de Lille) ; Sotty (de Dijon). — 4° *Rappels de médailles d'argent :* Mlles Le Goff (de Paris); Picquenard (de Paris). — 5° *Médailles d'argent :* Sœur Angèle Wandenberghe (de Clichy) ; Sœur Jean-Agnès (de Beauvais) ; Sœur Regereau (de Paris) ; Sœur Sainte Jeanne d'Arc (de Vanves) ; Sœur Suzanne (de Paris) ; Sœur Vincent (de Neuilly) ; Sœur Vincent (de Paris) ; Mmes la Baronne de Beauverger ; Bing (de Paris) ; Caze (de Gennevilliers) ; Dollent (U. S. A.) ; Donati ; Duperron ; Galy (de St-Goazee) ; Genty (de Paris) ; Kirseh (de Paris) ; Lenoble (de Paris) ; Lhomme (de Paris) ; Moine (de Paris) ; la marquise de Moustier (de Paris) ; Roche M.-L. (de Paris) ; Roche J. (de Paris) ; Rogé (de Noisy-le-Sec) ; Tellier (de Paris) ; Mlles les Drs Griboval, Œmichen (de Paris) ; Mlles Dalgreen (des U. S. A.) ; Lesellier (de Paris) ; Martey (de Paris) ; Masson (de Paris) ; MM. les Drs Benoit (de Marseille) ; Boide (de Paris) ; Boulogne (de Courrière) ; Broea (de Paris) ; Chailley-Bert ; Coulon (de Paris) ; Dupré (de Toulouse) ; Eneausse (de Paris) ; Huriez (de Lille) ; Lauret (de Paris) ; Lemesle (de Bléré) ; Lust (de Bruxelles) ; Marteville (de Romorantin) ; Mignon (de Paris) ; Poirier (de Couture) ; Rossier (de Paris ; Tardieu (de Paris) : Thieffry (de Paris) ; Vaillant (de Chartres) ; Zimmet (de Genève) ; MM. Guillard (du Havre) ; Weiss (de Genève). — 6° *Rappel de médaille de bronze :* Mlle Arnaud (de Paris). — 7° *Médailles de bronze :* Mmes les Drs André (de Paris) ; Lesterlin de Bellet (de Grenoble) ; Mlle le Dr Blavette (de Paris) ; Mmes Bertrand (de Paris) ; Brisseaux (de Paris) ; Cassassus (de Paris) ; Castaing ; Casalis (de la Ferté-St-Aubin) ; Clément ; Cogniard (de Niort) ; Corbeil ; Couehoud (de Paris) ; Delétoille (d'Arras) ; Deviers ; Fontaine (de Montrouge) ; Gonse-Boas ; Jequier (de Paris) ; Le Breton (de Paris) ; Lemaître (de Montrouge) ; Margoulis (du Mans) ; Martin (de Paris) ; Mohimont (de Paris) ; Pichard ; Perruchot (de Paris) ; Philippon (de Paris) ; Sabbe ; Sauli ; Sorin (de Paris) ; Tetignae (d'Agen) ; Thobeau ; Tourte ; Vendroux (de Calais); Mlles Bloquel (d'Epinay-sur Seine) ; Bourjaillat (de Paris) ; Capet (de Saint-Martin-les-Boulogne) ; Denis ; Desautez (de Paris) ; Desplas ; Gautier ; Gayral ; Gendet (de Paris) ; Grelot (de Paris) ; Heurtaut ; Jouet (de Sartrouville) ; Lacroix (de Drancy) ; Loppe (du Havre) ; Masson-Billet (de Courcelles-les-Semur) ; Micheli (de Paris) ; Monod (de Paris); Moran de la Perelle (de Saint-Ouen); Moreau; Poirée; Rousset; Sabatier (de Paris); Tassein; de Vaux (de Paris); Vidal (de Drancy); MM. les Drs Benech (de Poitiers); Bernard (de Marseille); Combe (de La Rochelle); Dupont (de Niort); Grand (de Privas) ; MM. Aumont (de Paris) ; Chassagnot (de Paris) ; Fromageau (de Paris) ; Gaulier (de Paris) ; Genette (de Noisy-le-See).

Service des eaux minérales. — 1° *Médailles d'or :* MM. les Drs Claude (du Mont-d'Or) ; Noel-Deschamps (de Royat) ; Mathieu de Fossey ; Walter (de Vichy). — 2° *Rappel de médailles de vermeil :* M. le Dr Ferreyrolles (de La Bourboule). — 3° *Médailles de vermeil :* MM. les Drs Armengaud (de Cauterets) ; Jumon (de La Bourboule) ; Lambling (de Bagnoles-de-l'Orne); Stieffel (de Plombières) ; Bernard Villaret (de Saint-Georges-d'Oléron). — 4° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Berthier (de Royat) ; Jean Cottet (d'Evian) ; Mlle Lagrange (de Paris). — 5° *Rappel de médaille de bronze :* M. le Dr Pierre Molinéry (de Luchon). — 6° *Médaille de bronze :* M. le Dr J. Chaudruc (de Toulouse).

Service de la vaccine. — 1° *Vaccination antivariolique.* — L'Académie accorde, pour le Service de la vaccination antivariolique en 1943 : 1° *Rappels de médailles d'argent :* MM. les Drs Doucet (Paul), à Paris ; Goizet (Louis), à Paris ; Renault (Charles), à Paris ; Rouyer (Henri) à Paris. — 2° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Routhier (Armand), à Paris ; Touchard (André), à Paris ; M. Reverdy, à Paris. — 3° *Rappels de médailles de bronze :* M. le Dr Depardieu à Paris ; MM. Célestin (Léonard), à Paris ; Sauque (Georges-Louis-Albert), à Paris ; Mlle Rouillaud, à Paris. — 4° *Médailles de bronze :* MM. les Drs Aillaud (Gustave), à Paris ; Alessandri (Jean), à Issy-les-Moulineaux (Seine) ; Chalard, à Paris ; Couturier (Jacques), à Paris ; Dormay (Raymond), à Paris ; Huchot (Henri-Gustave), à Paris ; Lelièvre Jean), à St-Denis (Seine); Martel (Jean), à Paris; Morin (Paul), à Paris; Netter, à Paris, Renault (Paul), à Paris; Broust (Charles), à Paris; Cottet (Mauriee), à Boulogne-Billancourt (Seine); Derrien (Marius), à St-Denis (Seine); Favreau (Albert-Eugène), à Paris; Rovani, à Paris; Mme Bablin, à Paris; Mlles Cousin (Yvonne), à Ivry-sur-Seine ; Honnorat (Jeanne-Marie-Thérèse), à Paris.

2° *Vaccination antidiphtérique.* — L'Académie accorde, pour le Service de la vaccination antidiphtérique en 1943. — 1° *Rappel de médaille de vermeil :* M. le Dr Besson (Albert), à Paris. — 2° *Médailles de vermeil :* M. le Dr Guerriero (Fernand), à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; M. Reverdy (Charles), à Paris. — 3° *Médailles d'argent :* MM. les Drs Boyer (André), à Moissac (Tarn-et-Garonne) ; Glad (Alphonse), à Montauban (Tarn-et-Garonne); Grill (Raoul), à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; Lauzerain (Paul), à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; Malbriel (René), à Montauban (Tarn-et-Garonne) ; Rudaux (Philippe), à Paris ; Mmes les Drs Bineau (Gabrielle), à Fontenay-aux-Roses ; Causse (Renée), à Paris ; Gaujaret (Madeleine), à Paris ; Mlle le Dr Liégeois, à Lille (Nord) ; M. Becker (Emile), à Paris ; Mlles Hervé (Jane), à Paris ; Larèze (Alexandrine), à Paris. — 4° *Médailles de bronze :* MM. les Drs Bapt (Robert), à Paris ; Hyronimus (Raymond), à Nancy (Meurthe-et-Moselle) ; Robini (Victor), à Châteauroux (Indre) ; Wolff (Meuse).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre 1945

Pseudo-kyste traumatique du pancréas, suivi de fistule pancréatique. Guérison après tarissement spontané. — M. Leflaire, M. Moulonguet, rapporteur.

Ulcère peptique perforé. Gastro-jéjunectomie d'emblée. — M. Loutch. — M. Moulonguet, rapporteur.

A propos du traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. — M. Moulonguet, sur 71 malades, n'a fait que deux anastomoses hilio-digestives. Il rejette les tubages duodénaux préopératoires ; dans 53 cas l'auteur est intervenu en deux temps. La mortalité globale s'élève à 19, soit 26 % ; l'auteur discute les raisons des décès post-opératoires.

Tumeur nerveuse du cou chez un enfant. — M. Fèvre souligne le caractère exceptionnel de cette tumeur qui était un gliome. Au bout de deux ans et demi, récidive nécessitant une nouvelle exérèse ; décès 9 mois après métastase.

Suites opératoires et déséquilibre azoté. — M. J. Gosset souligne l'importance du défieit azoté dans les suites opératoires ; les pertes de protéines s'élèvent à 700, 500 grs et parfois davantage ; l'opéré puise sur ses réserves musculaires. Cette hypoprotinemie peut intervenir dans les retards de cicatrisation, dans la défense contre l'infection, l'apparition d'œdèmes. L'auteur conseille de recourir à des administrations de protéolysats soit par voie rectale ou par voie orale. Il faut administrer de 1 à 2 grammes de protéines par kilo de malade et par jour. Cette surcharge en protéines aurait même un rôle protecteur vis-à-vis du foie.

Séance du 5 décembre 1945

Névralgie du glosso-pharyngien. Section intra-cranienne du Nerf. Résultat après un an et demi. — M. F. Froelich. — M. Petit-Dutaillis, rapporteur, préfère la voie extra-cranienne ; le malade est sans récidive depuis 18 mois.

Une localisation inédite de tuberculose ostéo-articulaire telle celle de l'articulation lordo-transversaire. — MM. Malgras et Herherd. — M. Sorrel n'a pas connaissance d'une observation semblable et estime que la conduite des auteurs est tout à fait justifiée. Il insiste sur l'intérêt de la tomographie pour la localisation de ces lésions.

M. Maurer estime que ces lésions sont secondaires à un envahissement de la chaîne lymphatique qui suit le col des côtes.

M. Sorrel n'a jamas vu d'ostéite consécutive à une adénite tuberculeuse.

Reflux duodénal après choledocotomie pour lithiase. — M. Creyssel. — M. Alain Mouchet, rapporteur.

Remarques techniques sur l'activité des formations sanitaires au cours des offensives du front de l'Atlantique (avril-mai 1945). — MM. Larged et J. Bernard ont observé les excellents effets de la sulfamidothérapie préventive ; ils insistent sur la gravité des manipulations successives des blessés qui augmente le shock.

M. Fèvre croit qu'il y a intérêt à faire un choix parmi les blessés à réanimer ; certains doivent l'être immédiatement, d'autres au moment seulement de l'intervention.

Ulcère peptique après gastrectomie. 6 observations. — M. S. Blondin expose ces six observations personnelles ; il insiste sur le rôle de l'étendue de la gastrectomie dans l'apparition de l'ulcère peptique ; 30 % des gastrectomisés conservent une acidité gastrique et c'est là, semble-t-il, un facteur essentiel.

Luxation de la hanche après enclouage pour fracture du col du fémur. — M. Rouhier.

SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1945

Résection transcalleuse des ulcères gastro-pancréatiques. — M. GOINARD. M. Patel rapporte ce travail basé sur 12 observations.

A propos de la guérison spontanée de métastases péritonéales d'un cancer ovarien. — M. R. DIEULAFÉ. M. Moulonguet.

L'opération de Coffey dans les cancers bas situés de l'ampoule rectale. — M. BOMPART. — M. Gouverneur souligne les particularités du procédé : invagination du bout colique jusqu'à l'anus, ce qui permet d'éviter les dangers du sphacèle secondaire jusqu'au moment où l'on en fait l'exérèse par voie périnéale.

Traitement des fractures de la diaphyse fémorale par broche de Kirschner. — M. BADELON. — M. Merle d'Aubigne rapporte ce travail qui repose sur 18 observations ; le rapporteur insiste sur la nécessité d'une immobilisation précoce du genou. La broche doit être enlevée au bout de six semaines. L'auteur signale la possibilité de paralysie du sciatique poplité externe.

Fracture de la colonne vertébrale par effort au cours du travail. — M. CARAVEN. — M. Sicard souligne le caractère exceptionnel de cette observation.

Le traitement du cancer de la prostate par le diethylstilbœstrol. — MM. L. MICHON et WYNALEK montrent que dans 90 % des cas les résultats sont satisfaisants. Il est intéressant de suivre l'efficacité de la méthode par le dosage de la phosphadasc acide dans le sang. Mais les auteurs américains soulignent qu'il ne s'agit que de régressions ne dépassant pas cinq ans.

Lorsque les troubles urinaires sont très importants, M. Michon préfère y associer la résection endoscopique. La castration est également conseillée par les auteurs américains.

Election du bureau pour 1946 :
Président : M. Basset.
Vice-président : M. Brocq.
Secrétaire général : M. Leveuf.
Secrétaires annuels : MM. Quénu et Boppe.

Election d'un membre associé parisien : M. Cordier.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 9 NOVEMBRE 1945

La tuberculose pulmonaire des gazés. — M. BRELET. — Sur 600 gazés, 30 sont devenus tuberculeux pulmonaires. 11 d'entre eux étaient déjà des invalides de l'appareil respiratoire par suite d'intoxication par les gaz de combat. Les autres étaient sains, furent atteints d'une tuberculose non imputable aux gaz.

Délires aigus azotémiques guéris par l'injection intrarachidienne de pénicilline. — MM. DELAY, DESCLAUX, NITTI, GENDROT et DICO. — Il s'agit de deux observations de délire azotémique, la première ayant guéri en quelques heures par l'injection intra-rachidienne de pénicilline, mais elle fut suivie d'une rechute provoquée par l'existence d'un cloisonnement, mais elle parvint à guérir, les injections ayant été pratiquées au-dessous du cloisonnement.

Endocardite maligne traitée par la pénicilline, négativation des hémocultures. Mort par double hémiplégie successive. — M. AZERAD. — Malade de 19 ans, atteinte d'endocardite maligne à streptocoques avec hémoculture positive. La pénicilline fut faite en instillation veineuse à plusieurs reprises associée une fois à l'héparine, suivie d'amélioration. La mort survint à la suite d'une hémiplégie droite. Ce fait laisse entrevoir l'efficacité de la pénicilline dans le traitement de l'endocardite, l'héparine étant jugée inutile.

Traitement des thyréotoxicoses par la thio-urée. — M. ALBAHARY. — Histoire de 3 cas de thyréotoxicoses traitées par la thio-urée à la dose de 1 gr. 50 par jour et bien supportée, amenant la disparition de la nervosité, de la tachycardie, de l'amaigrissement... Ces faits pourraient servir de traitement d'épreuve dans tous les cas de neurotonie, de sympathicotomie souvent difficiles à distinguer du basedowisme.

SÉANCE DU 16 NOVEMBRE 1945

Petite épidémie humaine d'infection à Leptospira-canicola, 1er cas. — M. BOLGERT, Mme KOLOCHINE, M. NOEL. — Infection à début brusque « fébrile avec délire, érythème morbilliforme, passager, hypotension chez un homme de 52 ans vivant au contact de 4 chiens. Séro-diagnostic pour L. Canicola positif. Evolution marquée par 3 recrudescences fébriles en 3 semaines.

Petite épidémie humaine de L. Canicola à forme grippale et forme thyphoïde de la leptospirose, 2e cas. — M. BOLGERT, Mme KOLOCHINE, MM. NOEL et SICWALT. — Description de 2 autres cas, l'un à type grippale, l'autre évoluant avec courbature et insomnies chez une femme ayant acquis un des chiens de l'observation précédente.

Infection humaine et canine par L. Canicola : Considérations sérologiques et épidémiologiques, 3e cas. — Mme KOLOCHINE, M. COLOMBIER. — Constatations actuelles liées aux déplacements récents de population qui ont déterminé la maladie.

Aspect larvé du cancer bronchique : l'abcès pulmonaire de la cinquantaine. — MM. AMEUILLE, LEMOINE et FAUVET. — Nécessité d'examiner, par endoscopie les bronches de sujets atteignant la cinquantaine chez lesquels on constate un abcès pulmonaire : une fois sur deux on découvre un cancer dans la bronche qui commande l'abcès, lequel est souvent curable.

Pneumothorax spontanés, bilatéraux successifs et anthraco-silicose. — M. MÉZARD (Aurillac). — Un cas de pneumothorax spontané bilatéral successif chez un mineur de charbon. Rôle de la silicose indéniable, l'homme ne travaillant plus au fond depuis 2 ans.

Un cas d'asthme mortel. — MM. DOS GHALI et COUDER. — Un cas d'ashme récidivant qui se termine par un état de mal aggravé par la mort. A l'autopsie, vaso-dilatation intense du parenchique pulmonaire et obstruction par bouchons muqueux de quelques groupes de bronchioles sus-lobulaires.

Une épidémie de stomatites à l'armée. — M. RAVINA signale la fréquence des stomatites à l'armée au cours des campagnes d'Alsace et d'Allemagne. La nature de ces affections difficile à préciser est sans doute infectieuse.

MM. HALLÉ, BROUET, COSBEDOAT, GOUNELLE, FLANDIN, TURCOL, RIST attirent l'attention sur les faits semblables.

SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1945

Pleurésies purulentes tuberculeuses surinfectées. Traitement par la pénicilline. — MM. EVEN et LECŒUR. — 3 observations de malades atteints de pleurésies tuberculeuses au cours de pneumothorax artificiels et surinfectés par des germes variés : streptocoques, staphylocoques, pneumocoques. Dans les 3 cas, guérison par 500.000 unités de pénicilline. Dans 2 cas, l'état était désespéré. Chez un malade atteint de pleurésie purulente chronique, succès par le même traitement.

Mort subite chez un addisonien apparemment stabilisé par la désoxycorticostérone. — MM. DECOURT et GUILLAUMIN. — Observation d'un malade ayant présenté des acidents graves d'insuffisance surrénale à forme pseudo-méningée. Mort subite sans prodrome. Il a dû s'agir d'une déficience propre de la maladie surrénale.

Diabète insipide par polydipsie primaire au cours de l'ablation d'un kyste opto-chiasmatique récidivant. — MM. RISER, LACORTHE, COUADAU et GÉRAUD. — Femme de 62 ans, présenta une baisse de la vue avec hémianopsie bitemporale par gros kyste sous-arachnoïdien, ponctionné et ouvert sans traumatisme tubérien.

Indications chirurgicales de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale isolée ou solitaire. — MM. RISER, BECQ, DARDENNE et GAYRAL distinguent ce type clinique et pathogène, dont on peut dire de cette forme : solitaire, isolée pouvant apparaître au cours d'une néphrite hypertensive, mais le plus souvent d'une hypertension artérielle solitaire, dont le pronostic est moins défavorable que celui de l'hypertension artérielle accompagnée et commandée par une insuffisance cardio-rénale.

Traitement chirurgical de l'hypertension artérielle pseudo-tumorale accompagnée. — MM. RISER, PLANQUES, BECQ, DARDENNE et GÉRAUD. — Caractérisent ce type d'hypertension artérielle avec œdème méningo-cérébro-rétinien, de gravité immé-

diate parce qu'il est dû à une insuffisance cardio-rénale latente ou patente, les malades présentant les stigmates de l'hypertension cranienne survenue au cours d'une néphrite hypertensive ou d'une hypertension artérielle solitaire.

Septicémie, ostéomyélite, péricardite suppurée à staphylocoques. Guérison par la pénicilline intra-veineuse, intramusculaire, intra-péricardique. — MM. Torraspe, Lère et Bouchaveng. — Observation chez un enfant d'une septicémie staphylococcique. Consécutive à une ostéomyélite tibiale, terminée par la guérison après administration totale de 5.800.000 unités de pénicilline.

Transmissibilité d'une fièvre épidémique de courte durée avec réaction méningée, observée récemment en France. — MM. Sohier, Requet et Girier. — Observation après une incubation de 5 jours chez un sujet justiciable d'une pyrétothérapie et un état infectieux fébrile comparable à celui des malades atteints de cette affection épidémique.

Syndrome de Chauffard-Still. Splénectomie. Hyperleucocytose et hyperthermie extrêmes. Mort. — MM. Pervès et André.

Contribution à la vaccinothérapie dans les infections typho-paratyphoïdiques. Vaccin à l'alcool. — MM. Magrou et Brisou.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 10 novembre 1945

Hypoglycémie insulinique et seuil d'hyperventilation par inhalation de CO^2. — MM. D. Santenoise, M. Polonovski, R. Granpierre et J. Guilhem signalent après injection d'insuline, chez l'homme comme chez l'animal, une élévation importante du taux maximum de CO^2 qu'il faut mélanger à l'air inspiré pour obtenir une hyperventilation ; cette élévation de seuil est liée à l'hypoglycémie, et non à l'action propre de l'insuline.

Sur les effets correcteurs de l'acétylcholine vis-à-vis des troubles cardiaques déclenchés par l'adrénaline. — Mme Th. Gayet-Hallion n'a trouvé de tels effets qué vis-à-vis des troubles ventriculaires graves, et encore inconstamment. L'action sur l'oreillette, stimulante, peut, selon l'état d'excitabilité post-adrénalinique, amener amélioration ou aggravation.

Sur la répartition de l'histamine dans les éléments constitutifs du sang humain. — MM. J. Parrot et M. Gabe, dans un cas d'éosinophilie exceptionnellement élevé, après séparation par une série de centrifugations, ont trouvé une répartition inégale de l'histamine : concentration maximum dans les plaquettes, fraction importante dans les hématies et, pour les leucocytes, majeure partie fixée sur les éosinophiles.

Séance du 24 novembre 1945

Modifications qualitatives de la diurèse et sinus carotidien chez le chien. — M. Félix-Pierre Merklen, recherchant la possibilité d'altérations fonctionnelles rénales secondaires à l'hypertension artérielle a étudié chez le chien les modifications qualitatives de la diurèse au cours des agressions sino-carotidiennes. Celles-ci dépendent essentiellement de l'état initial du rein : l'hypertension artérielle consécutive à l'exclusion du sinus carotidien, n'entraîne d'altération nette du fonctionnement rénal que lorsque celui-ci est déjà antérieurement perturbé.

Elimination des bases au cours de l'anoxie. — M. J. Beyne, MM. G. Boy et L. Leduc et M. Michel Polonovski l'ont vu s'accroître jusqu'à doubler de valeur au cours de l'anoxie et conserver le plus souvent un taux élevé durant l'heure suivante ; l'ingestion de glucose diminue, ou supprime cet accroissement.

Sur la présence dans un extrait végétal d'une substance capable d'abaisser la résistance capillaire du cobaye. — MM. J.-L. Parrot et H. Cotereau ont préparé un extrait végétal qui, à partir d'un centième de milligramme, abaisse la résistance capillaire pendant plusieurs heures chez le cobaye, et qui a, avec la vitamine P un antagonisme réciproque ; des doses élevées restent sans action sur la pression artérielle et le tonus intestinal du chien bivagotomisé et sur l'intestin isolé du cobaye.

Contribution à l'étude du pouvoir diastasique des leucocytes éosinophiles de l'homme. — MM. J. Robert-Lévy et M. Gabe ont trouvé amylases et lipases dans les éosinophiles isolés dans deux cas de grande éosinophilie; leur tryptase est moins active que celle des neutrophiles, dont ils diffèrent par l'absence de papaïnase.

Action de quelques spasmolytiques sur la chronaxie de l'utérus gravide du cobaye. — Mme A. Chauchard, MM. L. Pérel et P. Chauchard évaluant l'action spasmolytique de quelques produits sur l'utérus gravide de cobaye, constatent une action plus intense des alcaloïdes type papavérine que de la morphine.

Variation de l'équilibre acido-basique des tissus et organes au cours de l'alcalose chronique et du rachitisme eutrophique expérimental. — M. Lecoq montre, par la détermination de la réaction ionique des différents organes de rats normaux ou en état de rachitisme ou d'alcalose chronique, que l'alcalose chronique réalisée par voie parentérale (même à l'obscurité) n'est pas superposable à l'alcalose du rachitisme expérimental, celle-ci se trouvant manifestement liée à l'alcanisation du tractus digestif.

Influence du calibre bronchique sur le volume de l'air résiduel pulmonaire. — M. R. Tiffeneau a provoqué des variations importantes de ce volume parallèles aux modifications du calibre bronchique résultant de l'inhalation d'aérosols bronchoconstricteurs ou bronchodilatateurs. La bronchoconstriction produit une rétention gazeuse alvéolaire aiguë, directement subordonnée au calibre des bronches, sorte d'emphysème pulmonaire fonctionnel, artificiel et réversible, que fait immédiatement cesser la bronchodilatation.

Etude de l'activité d'un extrait de corps microbiens de Bacille Subtilis sur le staphylocoque. — MM. H.-R. Olivier, de Saint-Rat et P. Corvazier étudient le pouvoir bactériostatique et lytique sur le staphylocoque de cette substance, de poids moléculaire vraisemblablement élevé.

Action du Bacille Subtilis dans l'infection de la souris par le B. typhi-murium. — MM. H.-R. Olivier et L. de Saint-Rat ont ainsi obtenu 1/3 de survie, au lieu de 1/30 chez les témoins non traités.

Titrage de la Subtyline : relation entre son pouvoir bactériolytique et son pouvoir amylolytique ; sa thermo-résistance. — M. M. Vallée fait ce titrage d'après sa valeur amylolytique et signale sa thermo-résistance.

Virulence de la moelle osseuse chez le lapin syphilitique. — M. A. Vaisman insiste sur la persistance de cette virulence et se demande si une étude analogue ne pourrait être faite chez l'homme par ponction sternale.

Pouvoirs antigénique et toxique d'une endotoxine bactérienne chez les animaux à sang froid. — MM. A. Delaunay, P. Boquet et J. Pages ont trouvé les animaux à sang froid beaucoup moins sensibles à l'action d'une endotoxine bactérienne que les mammifères. L'endotoxine typhique peut déclencher une élaboration d'anticorps spécifiques chez la couleuvre.
loppées outre mesure, en France, depuis l'armistice de 1940, sulfonate dans l'anesthésie.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

17 *octobre*. — M. Leuliet. — Diphenylhydantoine dans le traitement de l'épilepsie.

M. Poyer-Bollisle. — Septicopyobémies à bacil. fundunliformis d'origine intestinale.

M. Hue. — Dépistage du sulfo-carbonisme professionnel.

M. Bidault. — Vingt ans après. Résultats éloignés du traitement de l'hérédo-syphilis infantile.

10 *octobre*. — M. Legrand (André). — A propos de 22 cas d'enclouage extra-articulaire du col du fémur.

M. Beymond. — Des péritonites par perforation intestinale au cours de la fièvre typhoïde et traitement chirurgical.

Mme Lemanissier. — Traitement de la diphtérie par la séro-anatoxithérapie spécifique.

M. Giacobi. — Traitement de la diarrhée infantile par les sulfamides.

M. Emily. — Le poumon aluminosique. Etude clinique, radiologique, anatomo-pathologique et pathogénique.


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau


PULMONE
ELIXIR-CACHETS-AMPOULES
VOIES RESPIRATOIRES
GOUTTES IONISÉES
ALCALOSE
CARBONEX
ESTOMAC-FOIE-INTESTIN
LABORATOIRES BIOS
10 RUE VINEUSE PARIS
TRO. 57-44

INTERETS PROFESSIONNELS

Confédération des Syndicats médicaux français

Les Syndicats médicaux réclament des priorités normales pour les soins dans les hôpitaux

Le Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats médicaux français, réuni les 15 et 16 décembre 1945, sous la présidence du professeur Noël Fiessinger, appelle l'attention de M. le Ministre de la Population, du directeur de l'Assistance publique à Paris, et des Commissions administratives des hôpitaux en général, sur les faits suivants :

A l'heure actuelle, l'encombrement des hôpitaux est tel que nombre d'admissions utiles ne peuvent être effectuées : que surtout certains traitements externes, en matière de radiothérapie spécialement, sont reportés à des dates éloignées.

Ceci tient à l'affluence à l'hôpital de nombre de malades dont la situation leur permettrait facilement de recevoir hors de l'hôpital les soins qu'ils viennent y réclamer.

En conséquence, le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français demande formellement que, tant pour les admissions, sauf urgence, que pour les traitements externes, une priorité absolue soit réservée à tous ceux pour qui a été institué l'hôpital, c'est-à-dire : les économiquement faibles, c'est-à-dire les malades ressortissant de l'assistance médicale gratuite et les ouvriers ou employés.

Les patentés, ou ceux qui appartiennent aux cadres ne devant être admis qu'à la suite, et lorsque seront servis tous ceux pour qui l'hôpital constitue un droit.

Comité de coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne

Le Comité de Coordination a tenu sa dernière séance le 25 novembre 1945, sous la présidence de M. Tissier-Guy.

Seules des questions ressortissant aux attributions du nouvel Ordre des médecins ont fait l'objet des débats, les autres questions ayant été réservées pour la réunion du Comité intersyndical des médecins de la région parisienne qui devait se tenir immédiatement après celle du Comité de Coordination.

Avant de se séparer, les membres du Comité de Coordination ont à l'unanimité exprimé le désir de voir les futurs Conseils départementaux de l'Ordre faire revivre le Comité de Coordination. A l'unanimité également, ils ont voté la motion suivante :

« Le Comité de Coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne constate que le nombre des plaintes portées par la Caisse d'Assurances sociales contre les médecins de la région parisienne, tant pour les dépassements abusifs d'honoraires que pour tout autre motif, est infime, eu égard aux quelques 8.000 médecins exerçant dans les cinq départements de la région parisienne. Il ne saurait porter atteinte à la dignité du corps médical ni prouver que les conventions Union des caisses, Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, signées en avril 1942 et toujours en vigueur, n'ont pas été respectées. »

Comité intersyndical des médecins de la région de Paris

Le 25 novembre 1945, à l'issue de la réunion du Comité de Coordination des Conseils départementaux des médecins de la région parisienne, a été reconstitué le Comité intersyndical des médecins de région de Paris (Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne, Eure-et-Loir, Oise), dont le siège social a été fixé à Paris, 28, rue Serpente. Le bureau provisoire a été ainsi constitué :

Président : Dr Rouzaud (Seine-et-Oise) ; vice-présidents : Dr Dupas (Seine) ; Dr Pelbois (Seine-et-Oise) ; secrétaire général : Dr Drouet ; secrétaire général adjoint : Dr Gautrelet ; trésorier : Dr Duvelleroy ; secrétaire administratif : Dr Coquin.

Conseil régional des médecins de la région de Paris

Séance du dimanche 28 octobre 1945

Vœu

Le Conseil de l'Ordre des médecins de la région de Paris, réuni dans sa séance du 28 octobre 1945,

A pris connaissance des assertions formulées dans certains journaux à l'encontre des médecins, les accusant en particulier de pratiquer ou de favoriser les avortements.

Chargé de l'honneur et de la discipline de la profession, gardien vigilant de la moralité professionnelle et chargé comme tel de la juridiction au sein de l'Ordre,

Proteste énergiquement contre les informations injurieuses données par certains journalistes en mal de copie, tendant à jeter le discrédit sur l'ensemble des praticiens de l'art médical.

Est prêt à apporter en justice les preuves de la fausseté des assertions émises, par l'énumération des peines encourues par les médecins.

Décide à l'unanimité de joindre sa protestation à celle émise par le Conseil supérieur de l'Ordre et à faire cause commune avec lui pour une action jointe en justice, s'il y a lieu.

Conseil Supérieur des Médecins

Aide suisse aux enfants de médecins français

Sur invitation de nos confrères suisses, 52 enfants de médecins français sont déjà partis en Suisse ; ils y recevront pendant trois mois la plus gracieuse des hospitalités. Le Conseil Supérieur a tenu à désigner par priorité des orphelins victimes de la guerre : nous n'avions pas besoin, hélas ! de rédiger des appels dans la presse, il y en a au moins 325.

Au nom de tous, le Conseil Supérieur adresse à nos confrères suisses, en particulier à leur président, le Dr d'Ernst, de Genève, et à la Croix-Rouge suisse, ses remerciements pour ce témoignage effectif de leur cordiale sympathie ; qu'ils soient assurés de notre reconnaissance pour leur geste si délicat de fraternité médicale.

Le président :
Dr Coutela.

Société pour femmes et enfants de médecins

La Société de Secours Mutuels et de Retraites pour femmes et enfants de médecins dite F. E. M., 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e), bien que privée, du fait des événements, d'une grande partie de ses ressources a pu, cependant, poursuivre sa tâche envers les veuves et les orphelins de médecins grâce en partie aux dons généreux des laboratoires de spécialités pharmaceutiques.

Ces dons reçus au cours de l'année 1945 se sont élevés à la somme totale de 68.000 francs, se décomposant comme suit :

Un don de 10.000 francs : Dr Debat.

Deux dons de 5.000 francs : Lab. Bruneau et lab. Spécia.

Sept dons de 2.000 francs : Lab. Astier, Lab. Comar et Cie, Lab. Nativelle, Office Pharmacodynamique Delagrange, Lab. Ronchèse, Lab. Dr Roussel, Lab. S. I. T. S. A.

Deux dons de 1.500 francs.

Vingt dons de 1.000 francs : Lab. Bellion Roger, Lab. Bottu, Lab. Choay, Lab. Ciba, Lab. Corbière, Lab. Freyssinge, Lab. Houdé, Lab. Lebrun, Lab. Lescène, Lab. L. E. V. A., Lab. Lobica, Lab. Mauchamp, Lab. Payoly-Spindler, Lab. Mouneyrat, Lab. Pinayd, Lab. Plantier, Lab. Robert et Carrière, Lab. Rogier, Lab. Scienta, Lab. Dr Zizine.

Trois dons de 300 francs : Lab. Cantin, Lab. Ranson Albert, Lab. Vernin.

Douze autres dons nous ont été adressés par les laboratoires : Biochimie Médicale, Carron, Delalande, Michel, Deslandes, Dumesnil, Ferrari, Fides, Heudebert, Docteur Maurice Leprince, Passiflorine, Pautaugerge et Soudan.

Eaux minérales : trois dons de 500 fr. : Cie des Eaux de Pougues, Sté générale des Eaux de Vals ; Sté Française des Eaux minérales (Prévoyance Médicale).

Nous demandons à nos généreux donateurs de bien vouloir nous continuer leur bienveillant appui, afin de nous permettre de combler le vide causé dans notre caisse de secours par la suppression momentanée du Bal de la Médecine Française (communiqué).

CHRONIQUE

Georges Duhamel au banquet de clôture des « Journées médicales de Montréal »

Les « Journées médicales de Montreal », qui eurent lieu les 22, 23, 24 et 25 octobre dernier, à l'hôtel Windsor, sous la présidence du Dr Paul Letondal, se terminèrent avec éclat par un banquet, où près de 1.000 convives s'étaient donné rendez-vous pour voir et entendre Georges Duhamel, membre de l'Académie française.

M. Duhamel, s'inspirant de l'exemple de la vie d'un grand savant français qu'il a connu intimement, Charles Nicolle (1866-1936), prononça une conférence intitulée : « Médecine et Humanisme ».

L'éminent écrivain de réputation mondiale, qui venait pour la première fois au Canada, était accompagné de Mme Duhamel.

Parlant au nom de la Société médicale de Montréal, qui organisait ces Journées médicales, le Dr Letondal exprima à M. Duhamel les sentiments de profonde gratitude de la profession, pour avoir bien voulu accepter de présider à l'ouverture de ces importantes assises et d'être l'hôte d'honneur au banquet de clôture.

Présenté par Son Honneur le maire de Montréal, M. Camillien Heude, le conférencier fut remercié par l'honorable Albini Paquette, ministre de la Santé et du Bien-Etre social de la province de Québec, qui était le président d'honneur de la soirée.

A l'occasion de son banquet annuel, la Société médicale nomma membres honoraires : les docteurs Georges Duhamel (de Paris), Charles De Blois (de Trois-Rivières), Hector Cypihet, J. A. Baudouin et E. C. J. Kennedy (de Montréal).

[Nous remercions notre éminent confrère le Dr Paul Letondal, d'avoir bien voulu nous adresser cet écho de la visite de notre illustre ami, Georges Duhamel. — L.]

La réorganisation du Service de Santé aux colonies

On sait qu'il est question de la fusion prochaine de l'armée métropolitaine et de l'armée coloniale. Dans cette éventualité que deviendrait le corps de santé des troupes coloniales auquel la France est redevable, en grande partie, de la création de son empire ?

C'est cette question particulièrement grave qui se posait le 20 novembre dernier à la Commission de Médecine et d'Hygiène Coloniale, au **Comité de l'Empire Français.**

M. le professeur Pasteur Vallery-Radot présidait, assisté du directeur des Affaires Générales, M. J.-L. Gheerbrandt et du secrétaire général, notre confrère Sasportas. On remarquait dans la Commission, M. le professeur Tanon, le médecin général inspecteur Lecomte, les Drs Fontoynont (de Tananarive), Noël Bernard, sous-directeur de l'Institut Pasteur, Mollaret, Navarre, Neveu, Kling.

La situation étant parfaitement connue des membres de la commission, le président s'est borné à poser « des questions précises, demandant des réponses précises ».

Première question : Doit-on supprimer le corps de santé des troupes coloniales ?

Réponse : A l'unanimité, non.

Deuxième question : Si on fait disparaître les médecins des troupes coloniales, comment réorganiserait-on le service de santé aux colonies ?

La RÉPONSE à cette deuxième question a été fournie par un certain nombre de déclarations que nous résumons ci-dessous :

Le premier effort doit porter sur le recrutement (méd. gén. insp. LECOMTE). Actuellement on n'a jamais assez de candidats et ils sont parfois médiocres.

Pour attirer des candidats de valeur il faut faire de la propagande coloniale dès le lycée. Pendant le cours des études secondaires, il faut diriger les jeunes gens vers la médecine d'outre-mer ; il faut surtout s'attacher à leur donner la formation générale intellectuelle et morale indispensable.

Au sortir du lycée, il faut offrir aux candidats la gratuité de l'enseignement dans une faculté ou école spécialisée, dotée de services hospitaliers. Dans cette faculté ou école se fera une première sélection complétée à l'école d'application, étape nécessaire avant la dispersion dans les colonies.

Autrefois, rappelle M. Noël BERNARD, le goût de l'aventure déterminait souvent les vocations des médecins coloniaux et de leurs frères aînés, les médecins de la marine.

Aujourd'hui, fait remarquer M. TANON, les questions matérielles prennent un sens si lourds, qu'il faut donner l'attrait d'une solde comparable à celle des Anglais ou des Américains, et il faut que les congés en France soient à solde entière.

Les médecins coloniaux ainsi recrutés ne considéreront pas la colonie comme un lieu de passage, car ils pourront continuer à se livrer à leurs recherches scientifiques dans les Instituts Pasteur des colonies, dans les facultés et écoles, à Hanoï, Dakar, Tananarive, qui doivent être mieux utilisées comme l'indique M. FONTOYNONT.

La question des médecins contractuels qui ont donné tant de mécomptes, la situation des médecins de l'assistance indigène, celle des médecins civils, sont l'objet d'un échange de vues.

M. SASPORTAS estime enfin que pour la réorganisation des écoles et de leurs SERVICES HOSPITALIERS il serait utile de demander sans tarder à l'Assistance publique quelques lits, sur les 50.000 dont l'armée U. S. vient de faire don. Un vœu dans ce sens est adopté.

Sur le point principal, l'accord est fait; il faut un corps de santé spécialisé, il faut des médecins ayant une âme d'apôtre, conditions que nous trouvons dans le corps de santé des troupes coloniales, et que nous trouverons encore parmi les jeunes gens qui se sentiront attirés par l'exercice d'une profession qui donne les plus hautes satisfactions matérielles et morales.

Voici le texte du vœu adopté à l'unanimité par la commission :

« 1° En cas de fusion des armées métropolitaine et coloniale, il est souhaitable qu'à titre de disposition transitoire, le corps de Santé colonial soit maintenu dans sa forme actuelle et avec ses attributions, tant qu'une nouvelle organisation n'aura pu être mise sur pied ;

2° Pour faciliter ultérieurement le recrutement et la formation des médecins coloniaux, tant du point de vue technique que du point de vue moral, une Ecole de médecine coloniale doit être créée, dont le siège et les modalités de fonctionnement seront étudiés par la suite. Les médecins sortant de cette Ecole, qui constitueront le cadre des médecins coloniaux, recevront un statut spécial ;

3° En attendant que cette Ecole soit réalisée et puisse assurer normalement le recrutement du personnel médical des colonies, un appel sera lancé aux médecins civils. Cet appel sera d'autant plus facilement entendu que, moyennant certaines conditions d'âge, de moralité, de compétence et de valeur scientifique, des situations matérielles convenables seront offertes à ces médecins. Ceux-ci devront être soigneusement sélectionnés. »

F. L. S.

Gaston Milian (1871-1945)

Nous venons de recevoir, quelques mois après sa mort, un dernier ouvrage que Milian a consacré aux « Contagions de la syphilis ». Il y rapporte, dans un style vivant et rapide, coupé de nombreuses anecdotes, ce que sa longue expérience lui a permis de constater sur les modes de contagion, les réinfections, les superinfections, sur l'hérédité, l'immunité de la syphilis et sur la syphilis expérimentale des animaux (1).

Ce livre qui reflète si bien l'esprit de son auteur, nous donne l'occasion de rappeler les grands traits de la brillante carrière de celui qui fut l'un des premiers parmi les dermato-syphiligraphes.

Né le 20 octobre 1871, Milian avait franchi rapidement les étapes des concours. Externe chez Besnier en 1894, interne dès 1895, il fut notamment l'élève de Cornil et de Fournier, dont il devint le chef de clinique en 1903.

Médecin des hôpitaux en 1906, il était chef de service à Saint-Louis en 1913 et devait y rester jusqu'à sa retraite en 1937. Celle-ci ne fut pas cependant pour lui l'heure du repos, il poursuivit alors ses travaux de clinique et de laboratoire à l'Institut Alfred Fournier où ses consultations étaient des plus suivies.

On ne peut considérer son œuvre sans être frappé de la hardiesse et de l'originalité de son esprit qu'il appliquait avec un égal bonheur aux études cliniques, physio-pathologiques, bactériologiques et anatomo-pathologiques.

Il fut l'un des premiers à appliquer les arséno-benzènes au traitement de la syphilis et à en identifier les accidents : crises nitritoïdes, érythrodermies, vésiculo-œdémateuses, apoplexies séreuses, ictères, érythèmes du 9e jour, s'attachant à distinguer les accidents relevant d'un « conflit thérapeutique », de l'intolérance, de l'intoxication ou du « biotropisme » qu'il définit « l'éveil vital d'un micro-organisme latent sous l'influence d'une action exogène ».

Toutes ces notions nous paraissent actuellement des plus simples, tant dans leur conception que dans leurs conséquences thérapeutiques, mais ne fallait-il pas une belle hardiesse d'esprit pour décider de poursuivre énergiquement un traitement par le 606, après un conflit thérapeutique ou un érythème biotropique, alors que chez tel autre malade ne présentant qu'un léger érythème, un « pointillé rouge », la reprise du traitement arsenical aurait déclenché infailliblement une érythrodermie.

Il est peu de problèmes auxquels il ne se soit intéressé, mais son œuvre de syphiligraphe reste surtout importante par sa contribution à la nouvelle Pratique dermatologique, au traité de Fournier, de Gaucher, de Gilbert et Carnot, par ses articles du « Paris Médical » et de la « Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie » qu'il dirigeait. Il avait, de plus, consacré des monographies remarquables à l'étude du liquide céphalo-rachidien au biotropisme et récemment à la syphilis occulte.

Officier de la Légion d'honneur, décoré de la Croix de guerre, il était président d'honneur de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, ainsi que de l'Association Internationale des Dermatologistes de langue française. L'Académie de Médecine l'avait appelé en 1937 à succéder à Darier.

Il apportait dans les Sociétés, tant dans ses communications que dans les discussions, des arguments souvent impressionnants par leur netteté, leur concision, témoins d'une intelligence des plus brillantes que soulignait un langage souvent incisif et mordant.

La maladie qu'il supporta stoïquement et qui devait l'emporter, le 28 juillet dernier, ne diminua en rien sa volonté de travail et le volume qui paraît aujourd'hui en est le témoignage.

Tant en France qu'à l'étranger, sa mort a été douloureusement ressentie. « La Gazette » se devait de s'associer aux nombreux hommages rendus à sa mémoire. Qu'il me soit permis d'exprimer à nouveau à Mme Milian, qui l'entoura de tant de soins, l'expression de notre respectueuse sympathie.

M. L. S.

(1) Les contagions de la syphilis, par G. MILIAN. J. B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1946.

INFORMATIONS

(Fin)

Naissance

Le Dr et Mme J.-L. Herrenschmidt sont heureux d'annoncer la naissance de leur troisième fille, Florence. 21 octobre 1945, 12, avenue Bugeaud (16e).

Mariage

Nous apprenons le mariage de Mlle Revault, nièce du docteur et de Mme Paul Descomps, avec le peintre André Chevalard. Paris, 12 novembre 1945.

Nécrologie

On annonce la mort de MM. :

— Le Dr Lémant, ancien interne des hôpitaux de Paris, décédé accidentellement à l'âge de 34 ans.

— Le Dr A. Ménier, 1, place Paul-Painlevé, à Paris.

— Le Dr P. L. Le Noir, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de 82 ans.

— Le Dr René Tourlet, ancien interne des hôpitaux de Paris (1899), décédé à Neuilly-sur-Seine, le 10 novembre 1945.

— Du Dr Paul Hickel, de Moulins.

— Du Dr Georges Baumgarten, de Soisy-sous-Montmorency (Seine-et-Oise).

— Du professeur E. Hauch, directeur de la Maternité de Copenhague, décédé accidentellement en février dernier.

— Du Dr Ferrari (d'Alger).

— Du Dr Alivisatos (d'Athènes), correspondant de l'Académie de chirurgie.

Cours

Université de Paris - Faculté de Médecine
Année scolaire 1945-1946

Liste des prix à décerner (bourses de fondations, dons et legs, bourses municipales) :

I. — Prix destinés a récompenser des travaux scientifiques (thèses, etc.) au titre de 1945

Prix Barbier, 3.000 francs. — Prix en faveur de la personne qui inventera une opération, des instruments, des bandages, des appareils ou autres moyens mécaniques reconnus d'une utilité générale et supérieure à tout ce qui a été employé et imaginé précédemment (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Behier, 3.000 francs. — Au meilleur ouvrage sur une question de pathologie médicale (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Bernheim, 800 francs. — Récompense de la meilleure thèse de doctorat sur la tuberculose (étudiant français, russe ou polonais) (Inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Chateauvillard, 2.000 francs. — Meilleur travail sur les sciences médicales imprimées au cours de l'année précédente (thèses et dissertations inaugurales admises) (Inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Déroulède, 1.800 francs. — Récompense de travaux ayant trait à l'étude du cancer (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Desmazes, 3.000 francs. — Récompense du meilleur traité sur la grippe (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Gérard Martinet, 2.800 francs. — Prix à un étudiant pourvu de 12 inscriptions au moins, poursuivant des recherches pour découvrir un médicament, sérum, etc., susceptibles d'atténuer, en France, les ravages causés par les maladies contagieuses (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Jeunesse 2.000 francs. — Prix au meilleur ouvrage sur l'hygiène (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Jeunesse (Histologie), 1.200 francs. — Meilleur ouvrage relatif à l'histologie (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Lacaze, 20.000 francs. — Au meilleur ouvrage sur la fièvre typhoïde (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Leri, 1.300 francs. — Prix à un auteur de nationalité française pour le meilleur travail sur les affections des os et articulations publié au cours de l'année 1940 (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Monthyon, 2.000 francs. — Récompense du meilleur ouvrage sur les maladies prédominantes en 1944 (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Rigout, 600 francs. — Récompense de la meilleure thèse de chimie biologique physiologique ou bactériologique (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Lévy Franckel, 750 francs. — Récompense à un élève méritant de la clinique médicale Hôtel-Dieu (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Legroux (au titre de 1940), 2.000 fr. — Meilleur travail sur le diabète, ses causes et son traitement (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix Léon Frey, 5.000 francs. — Récompense du meilleur mémoire sur la stomatologie (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

Prix de la Caisse primaire des Assurances Sociales du Travail de Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne et Eure-et-Loir, 10.000 francs. — Destiné à récompenser la meilleure thèse de doctorat en médecine ou, à défaut, le meilleur ouvrage présenté sur un sujet de la médecine sociale et capable de faire connaître aux jeunes médecins, le fonctionnement et les réalisations de la loi sur les Assurances sociales et de leur donner, d'autre part, le goût de la recherche en utilisant les documents médico-sociaux qui sont en la possession des caisses des Assurances sociales. Ce prix sera attribué de préférence à un interne des hôpitaux ou, à défaut, à un externe ou enfin à un étudiant de condition sociale digne d'intérêt (inscription jusqu'au 31 janvier 1946).

II. — Bourses destinées a venir en aide a des étudiants méritants et peu fortunés régulièrement inscrits pour l'année scolaire 1945-1946

Anonyme, 2.800 francs. — Bourses à des étudiants méritants et sans fortune (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Carville, 1.200 francs. — Deux bourses au profit de deux étudiants français laborieux et peu fortunés (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Chauffour, 750 francs. — Bourse à un étudiant distingué et peu fortuné (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Corvisart, 1.200 francs. — Aide à deux étudiants de nationalité française, peu fortunés et dignes d'intérêt (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Demarle, 700 francs. — Bourse à un étudiant méritant (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Dieulafoy, 6.000 francs. — Bourses à trois étudiants français méritants sans fortune ou peu fortunés (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Faucher, 1.000 francs. — Exonération totale ou partielle des frais de scolarité et d'examen pour deux étudiants français et deux étudiants polonais (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Hervieux, 3.200 francs. — Aide à deux étudiants méritants et sans fortune (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Lannelongue, 450 francs. — Aide à un étudiant en médecine momentanément dans la gêne (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Malterre. — Aide à un ou plusieurs étudiants français méritants ou sans fortune (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Marjolin, 4.000 francs. — Remboursement total ou partiel des frais d'inscriptions d'étudiants en médecine français internes ou externes des hôpitaux de Paris s'étant fait remarquer par leur zèle, leur exactitude, ayant recueilli avec soin les observations dans leur service joindre à la demande les certificats des chefs de service (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

De Rotschild, 2.200 francs. — Bourses à deux étudiants de préférence israélites (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Serge Henry Salle, 500 francs. — Achats d'ouvrages se rapportant aux sciences médicales qui seront attribués à un externe de La Charité (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Prix Segond, 5.000 francs. — Bourses à des internes ayant fait leurs preuves qui préparent le concours d'adjuvat ou qui ont obtenu le titre d'aide d'anatomie (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

De Tremont, 2.000 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

Veret, 400 francs. — Bourse à un étudiant méritant et sans fortune (inscription jusqu'au 31 décembre 1945.

Vrain, 2.000 francs. — Aide à un étudiant, fils de médecin ou d'instituteur de préférence, préparant l'internat et digne d'intérêt (inscription jusqu'au 31 décembre 1945).

III. — Bourses municipales

Ces bourses ont pour objet de venir en aide aux étudiants méritants et peu fortunés. Elles sont réservées, en principe, aux étudiants fréquentant les cours de la Faculté depuis un an, au moins.

Les candidats doivent être nés soit à Paris, soit dans le département de la Seine où les parents doivent y être domiciliés depuis 5 ans au moins au 1er octobre 1945.

Les demandes établies sur papier timbré à 8 francs (sauf pour les pupilles de la nation) et accompagnées, soit du travail u de l'appareil à récompenser, soit pour les bourses destinées à venir en aide aux étudiants d'un état de situation de fortune certifié, devront parvenir à M. le

Doyen, au plus tard, aux dates mentionnées ci-dessus.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté, de 16 à 17 h. (bureau du secrétaire-adjoint), le mardi de chaque semaine.

Institut Pasteur. — Le cours de microbiologie de l'Institut Pasteur aura lieu en 1946. Il comprendra 100 leçons et sera suivi de 30 leçons de microbiologie appliquée à la pathologie coloniale.

Les leçons faites par les principaux chefs de services et de laboratoires de l'Institut Pasteur, auront lieu tous les jours à 14 h. et seront suivies de travaux pratiques.

Le nombre des admissions est limité, les places étant réservées à des personnes ayant déjà une discipline de technique et se destinant aux recherches de laboratoire.

Le cours débutera le 13 janvier 1946.

Pour les demandes d'inscription, s'adresser au service du cours, Institut Pasteur, 25, rue du Docteur-Roux en indiquant le « curriculum vitae ».

Frais de participation au cours : 2.000 fr.

Université de Lyon

Certificat d'hydrologie thérapeutique et de climatologie. — L'enseignement préparatoire à l'obtention du certificat d'hydrologie thérapeutique et de climatologie de l'Université de Lyon s'ouvrira le lundi 13 février à 16 heures, au Laboratoire d'hydrologie, sous la direction du professeur Delore.

L'enseignement aura lieu tous les jours d'après un horaire affiché au Laboratoire.

Un examen final aura lieu pour l'obtention du certificat d'hydrologie thérapeutique et de climatologie.

Le registre d'inscription sera ouvert au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Lyon, du 5 janvier au 14 février 1946.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de gymnastique corrective et de gymnastique orthopédique. — Dr Ch. Lesur, vol. 138 pages, 161 fig., Masson et Cie, éditeurs.

Cet excellent manuel est destiné aux moniteurs des écoles et des grandes administrations chargés du traitement par la gymnastique des attitudes vicieuses et déviation du rachis si fréquentes chez l'enfant à l'âge scolaire.

L'auteur étudie d'abord la gymnastique corrective qui a pour but d'obtenir le redressement des attitudes vicieuses non fixées au moyen du développement rationnel et progressif des groupes musculaires convenables. Il passe ensuite au traitement des déviations fixées, et c'est le domaine de la gymnastique orthopédique. Nous ne pouvons que louer le Dr Lesur de se montrer discret au sujet du traitement de la scoliose vraie, mais pas encore assez discret ; pour nous, partisans convaincus de la nécessité de la leçon individuelle dans le traitement des scolioses vraies à plusieurs courbures, nous voyons avec inquiétude, ces cas confiés à un moniteur qui les traitera en leçon collective avec les cyphotiques.

Le texte est accompagné de 150 figures originales, très évocatrices des mouvements à exécuter.

Le livre est édité avec le soin habituel, à la Maison Masson.

M. L.

William Gerbert et la Médecine au XVIe siècle, par A. Herpin (avec une préface du Dr G. Bourguignon). Paris, Baillère 1946 (**Médecine et figures du passé**).

Chez M. Herpin, le spécialiste éminent se double d'un érudit et d'un philosophe. C'est ce qu'après maints autres déjà sortis de sa plume, montre à nouveau un bref et substantiel essai, consacré à un illustre médecin anglais du XVIe siècle et à ses confrères et contemporains. Il fut en son temps, un praticien renommé et comblé d'honneurs, attaché à la reine-Elizabeth. Mais, comme beaucoup de ses contemporains et comme beaucoup de médecins de tous les temps, Gilbert ne se laissa pas emprisonner dans les bornes du seul savoir professionnel, sa curiosité d'esprit et son goût de la synthèse firent de lui un des philosophes les plus remarquables de son temps et de son pays. Son nom est par la suite injustement tombé dans l'oubli, la gloire de Bacon, son cadet de vingt ans, y est pour beaucoup.

C'est pour M. Herpin un mérite d'autant plus grand d'avoir pour nous tiré de l'oubli, la figure de W. Gilbert et, avec lui, la société elizabéthaine, si bouillonnante d'idées.

Avec le recul du temps, Gilbert se révèle un précurseur, il anticipe en philosophie, sur Bacon qui professera les mêmes idées sur l'espérance et sur l'induction ; en physique, ses recherches sur le magnétisme, anticipent sur nos connaissances présentes et lui font envisager le magnétisme terrestre ; il prévoit même la gravitation universelle et, longtemps avant les modernes, invente le mot d'électricité.

Cinq notes très substantielles accompagnent l'essai sur Gilbert, consacrées au XVIe siècle, à sa filiation et sa séparation progressive vis-à-vis du Moyen Age, à Michel Servet et la circulation pulmonaire, à l'Ecole de Padoue et la découverte de la circulation, à l'influence des études grecques sur les auteurs du Moyen Age.

Tout cela rempli d'une érudition solide et pourtant avenante, témoigne que les médecins d'aujourd'hui n'ont rien perdu des meilleures tradition d'antan.

R. L.

Conférences d'actualité sur les ultravirus, par MM. Lemierre, Boivin, Levaditi, Mollaret, Lépine et Gastinel. 1 volume 24×15 cm., 120 pages, 42 figures, 140 francs. Maloine, éditeur, Paris.

Ce livre réunit les conférences organisées par le professeur Gastinel à la chaire de bactériologie en 1943. Elles répondent à un enseignement d'actualités biologiques qui prend place annuellement à côté du cours magistral assurant le programme, et du cours complémentaire théorique et pratique. Le sujet choisi concernait les ultravirus.

Le professeur Lemierre a traité de la mononucléose infectieuse en rappelant d'abord sa symptomatologie et discutant longuement ensuite son problème étiologique.

La constitution chimique des ultravirus a fait l'objet d'une leçon de M. Boivin, qui étudie les virus pathogènes pour les hommes, les animaux, les plantes et les microbes, ce qui l'amène à envisager dans une synthèse générale la nature biologique de ces virus.

M. Levaditi s'est chargé de montrer tout ce que la microscopie électronique apporte à la microbiologie. Après avoir décrit le principe de l'appareil, la technique de son emploi, il montre les résultats obtenus dans l'étude des ultravirus des maladies animales, des viroses végétales et des bactériophages, tous résultats que rendent encore plus frappants les illustrations reproduites dans l'article. Le même auteur était particulièrement désigné pour exposer aussi l'étiologie, la pathogénie, la microbiologie et la chimiothérapie de la maladie de Nicolas-Favre ; la lecture de ces pages est facilitée par une série de clichés.

C'est une maladie dont la connaissance est récente que Mollaret décrit avec l'encéphalomyélite humano-équino-aviaire, maladie dont bien des motifs peuvent faire redouter l'extension, et qui intéresse à la fois médecins et vétérinaires.

P. Lépine a réuni dans ses leçons les grands éléments de discussion, d'une part sur le rôle des ultravirus dans la genèse du cancer, et d'autre part sur la nature de l'immunité dans les infections à ultravirus.

Le problème biologique de l'allergie est exposé enfin par P. Gastinel à propos de la vaccine. Mais élargissant le débat, il envisage les relations entre l'immunité et l'allergie et les effets de celle-ci dans le destin des maladies infectieuses.

Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis, par R. Demanche, chef du Laboratoire central de sérologie de l'hôpital Cochin, chef des travaux pratiques à l'Ecole de Sérologie de la Faculté de Médecine de Paris. Troisième édition entièrement refondue et augmentée du sérodiagnostic de la blennorragie, de la tuberculose, du paludisme et de la mononucléose infectieuse. Un volume in-8 de 228 pages, avec figures, 118 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Le « Précis de Technique du Séro-diagnostic de la Syphilis » du Dr Demanche en est à sa troisième édition ; c'est dire l'accueil favorable qu'il reçut de tous ceux qui s'intéressent à la sérologie. On y trouvera les méthodes antérieurement décrites et qui restent classiques, ainsi que les notions générales sur lesquelles elles s'appuient ; on y trouvera en outre, les acquisitions les plus récentes de la technique sérologique, réactions américaines des floculations de Hinton, Eagle, Kline, méthodes d'hémodiagnostic de la syphilis au moyen du sang desséché. Mais cette nouvelle édition n'est pas seulement une mise à jour de la sérologie de la syphilis. Elle a été heureusement complétée par toute une série de chapitres nouveaux. A la sérologie de la syphilis, l'auteur a ajouté cette fois la sérologie de la blennorragie, de la tuberculose, du paludisme et de la mononucléose infectieuse. Son livre constitue ainsi un manuel complet de sérologie appliquée au diagnostic des principales infections humaines. Malgré cette extension, il conserve les mêmes qualités de simplicité et de précision didactique qui ont fait le succès des précédentes éditions.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 2. — 15 JANVIER 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr.; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Citation à l'ordre de la Nation

Le Gouvernement provisoire de la République cite à l'ordre de la Nation :

M. le Médecin général inspecteur H. Vincent, du cadre de réserve, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine ; illustre savant dont la gloire universelle projette sur la science française un éclat toujours plus vif. En 1915, alors qu'une redoutable épidémie menaçait de compromettre le sort de nos armes, a sauvé l'armée française grâce à la vaccination antityphoïdique. Par ses fécondes études et ses découvertes en médecine préventive et plus particulièrement dans la lutte contre la fièvre typhoïde et la gangrène, s'est acquis des droits incontestables à la reconnaissance du pays tout entier. A 83 ans continue ses travaux, s'employant avec ardeur à la guérison des maladies les plus meurtrières. Soixante ans de services militaires et civils.

Fait à Paris, le 28 décembre 1945.

C. DE GAULLE.

(« J. O. », 9 janvier 1946.)

HOPITAUX DE PARIS

MUTATIONS DU PERSONNEL MÉDICAL

Médecins

A l'hôpital Saint-Louis : MM. les Drs Degos, Pollet.

A l'hôpital Cochin : M. le Dr Etienne Bernard, de l'hôpital Tenon.

A l'hôpital Tenon : MM. les Drs Even, Hillemand, Rouquès, Cattan.

A l'hôpital Saint-Louis (annexe Grancher) : M. le Dr Turpin, de l'hôpital Bretonneau.

A l'hôpital Bretonneau : M. le Dr Clément, de l'hôpital Hérold.

A l'hôpital Hérold : M. le Dr Clément Launay, de l'hôpital Ambroise-Paré-Boileau.

A l'hôpital Ambroise-Paré-Boileau : Mme le Dr Roudinesco.

A l'hospice de la Salpêtrière : M. le Dr Fouquet.

A l'hospice d'Ivry : M. le Dr Mahoudeau.

A l'hôpital Saint-Antoine : M. le Dr Gutmann, de l'hôpital Laënnec ; M. le Dr Lemaire, de l'hospice de Bicêtre ; M. le Dr Rachet, de l'hôpital Tenon ; M. le Dr Caroli.

A l'hospice de Bicêtre : MM. les Drs Lereboullet, Laffitte.

A l'Hôtel-Dieu : M. le Dr Lambling.

A l'hôpital Necker : M. le Dr Brodin.

A l'hôpital Raymond-Poincaré : M. le Dr Antonelli.

A l'hôpital Broussais : M. le Professeur Vallery-Radot, de l'hôpital Bichat.

A l'hôpital Bichat : M. le Dr Guy Laroche, de l'hôpital Tenon.

A l'hôpital Broca : M. le Dr Merklen.

A l'institution Sainte-Périne : M. le Dr Deparis.

A l'hospice Debrousse : M. le Dr Rambert.

A l'hôpital Beaujon (réouverture). — A. Services de médecine générale : Mme le Dr Bertrand Fontaine, de la Maison de Santé ; M le Dr Weissmann-Netter, de l'hôpital Boucicaut ; M. le Dr Ravina, de l'hôpital Bichat ; M. le Dr Azerad.

B. Services de phtisiologie : M. le Dr Benda, de l'hospice de la Salpêtrière.

C. Services de dermato-syphiligraphie : M. le Dr Bolgert.

Hôpital Lariboisière (réouverture) : MM. les Drs de Sèze, Soulié, Lenègre, de l'hôpital temporaire de la Cité Universitaire ; M. le Dr Perrault, de l'hospice d'Ivry ; MM. les Drs Derot, Worms.

Hôpital de la Pitié (réouverture) : MM. les Drs Mouquin, Decourt, Boulin, de l'hôpital Saint-Antoine ; Garcin, de l'Hôtel-Dieu ; Richet, de l'hôpital Necker ; M. le Professeur Chabrol, de l'hôpital Saint-Antoine.

Consultations générales. — Necker : M. le Dr Poumailloux ; Pitié : M. le Dr Uhry ; Broussais : M. le Dr Mauric ; Beaujon : M. le Dr Cachera ; Hôtel-Dieu : M. le Dr Albeaux-Fernet ; Ambroise-Paré-Boileau : M le Dr Grossiord ; Lariboisière : M. le Dr Bousser ; Bichat : M. le Dr Turiaf ; Cochin : M. le Dr Schwob ; Saint-Antoine : M. le Dr Albot ; Laënnec : M. le Dr Lièvre ; Trousseau : M. le Dr Laplane.

Laboratoire central de Bichat : M. le Dr Domart.

Laboratoire central de Beaujon : M. le Dr Fauvert.

Chirurgiens

A l'hôpital Lariboisière (réouverture) : M. le Dr Leibovici, de l'hôpital Saint-Louis ; M. le Dr Ménégaux, titularisé ; M. le Dr Funck-Brentano, titularisé. Service d'urologie : M. le Dr Michon, de l'hôpital Saint-Louis.

A l'hôpital de la Pitié (réouverture) : M. le Dr Desplas, de l'hôpital Saint-Louis : M. le Dr Oberlin, de l'hôpital temporaire Antoine-Chantin ; M. le Dr Huet, de l'hôpital Necker (service de chirurgie supprimé).

A l'hôpital Beaujon (réouverture) : M. le Dr S. Blondin, titularisé ; M. le Dr Sicard, titularisé ; M. le Dr Seillé, titularisé.

A la Maison Municipale de Santé : M. le Dr Gueulette, titularisé.

A l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches : M. le Dr Gérard-Marchant, titularisé.

Remplacement des chirurgiens mutés dans les hôpitaux réouverts

A l'hôpital Saint-Louis : M. le Dr Raymond Bernard, de l'hôpital de Nanterre.

A l'hôpital Saint-Louis (service d'urologie) : M. le Dr Couvelaire, titularisé.

A l'hôpital Saint-Louis : M. le Dr Aurousseau, titularisé.

A l'hôpital temporaire Antoine-Chantin : M. le Dr Meillère, titularisé.

A l'hôpital Léopold-Bellan : M. le Dr Merle d'Aubigné, affecté à ce service comme chirurgien des hôpitaux.

Consultations générales. — Pitié : M. le Dr Kuss, chirurgien honoraire ; Bichat : M. le Dr Chevrier, chirurgien honoraire ; Broussais ; M. le Dr Bréchot, chirurgien

honoraire ; Necker : M. le Dr Kuss, chirurgien honoraire (jusqu'à l'ouverture de la Pitié, ensuite la consultation sera assurée par l'unique service de chirurgie) ; Saint-Louis : M. le Dr Rouhier, chirurgien honoraire ; Tenon, M. le Dr Deniker, chirurgien honoraire ; Lariboisière : M. le Dr Longuet, chirurgien des hôpitaux ; Neuilly : M. le Dr Billet, chirurgien des hôpitaux ; Saint-Antoine : M. le Dr Barcat, assistant de chirurgie ; Beaujon : M. le Dr Lascaux, assistant de chirurgie ; Laënnec : M. le Dr O. Monod, assistant de chirurgie.

Gynécologues-accoucheurs

A Beaujon : M. le Dr Desnoyers, de Bichat.

A Bichat : M. le Dr Suzor, titularisé.

A la Pitié : M. le Dr Lacomme, de Saint-Antoine.

A Saint-Antoine : M. le Dr Sureau, de Bretonneau.

A Bretonneau : M. le Dr Seguy, titularisé.

A Lariboisière : M. le Dr J. Ravina, de Saint-Louis.

A Saint-Louis : M. le Dr Digonnet, de Tenon.

A Tenon : M. le Dr Lepage, titularisé.

Ophtalmologistes

A Lariboisière (réouverture) : M. le Dr Hartmann, chef de service.

A la Pitié (réouverture) : M. le Dr Dollfus, titularisé.

A Beaujon (réouverture) : M. le Dr Hudelo, titularisé.

Electro-radiologistes

A l'hôpital Laënnec (remplacement de M. le Dr Aimé, atteint par la limite d'âge) : M. le Dr Détré, de l'hôpital Ambroise-Paré-Boileau.

A l'hôpital Ambroise-Paré-Boileau (remplacement de M. le Dr Détré) : M. le Dr Liquier, titularisé.

A l'hôpital des Enfants-Malades (remplacement de M. le Dr Lomon, atteint par la limite d'âge) : M. le Dr Beau, de l'hôpital Trousseau.

A l'hôpital Trousseau (remplacement de M. le Dr Beau) : M. le Dr Humbert, de l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches.

A l'hôpital Raymond-Poincaré, à Garches (remplacement de M. le Dr Humbert) : M. le Dr Puyaubert, titularisé.

A l'hôpital Beaujon (réouverture) : M. le Dr Stuhl, de l'hôpital Broca.

A l'hôpital Broca (remplacement de M. le Dr Stuhl) : M. le Dr Frain, titularisé.

A l'hôpital de la Pitié (réouverture) : M. le Dr Thoyer-Rozat, de l'hôpital Broussais.

A l'hôpital Broussais (remplacement de M. le Dr Thoyer-Rozat) : M. le Dr Desgrez, de l'hospice Saint-Vincent-de-Paul.

A l'hospice Saint-Vincent-de-Paul (remplacement de M. le Dr Desgrez) : M. le Dr Lefebvre, titularisé.

A l'hôpital Lariboisière (réouverture) : M. le Dr Marchand, de l'hôpital Boucicaut.

A l'hôpital Boucicaut (remplacement de M. le Dr Marchand) : M. le Dr Peuteuil, de la Maison Municipale de Santé.

A la Maison Municipale de Santé (remplacement de M. le Dr Peuteuil) : M. le Dr Proux, titularisé.

Affectation n'entraînant pas titularisation

A l'hôpital Claude-Bernard : M. le Dr Chérigié.

Stomatologistes

A l'hôpital Beaujon (réouverture) : M. le Dr Gérard-Maurel.

A l'hôpital Lariboisière (réouverture) : M. le Dr Vilenski.

A l'hôpital de la Pitié (réouverture) : M. le Dr Dechaume, de l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul.

A l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul (remplacement de M. le Dr Dechaume) : Mme le Dr Papillon-Léage, de l'hôpital Boucicaut.

A l'hôpital Boucicaut (remplacement de Mme le Dr Papillon-Léage) : M. le Dr Marie (René), de l'hospice de Brévannes.

A l'hospice de Brévannes (remplacement de M. le Dr Marie) : M. le Dr Friez, titularisé.

Concours

Concours de l'internat (remplacement). Jury définitif. — Médecins : MM. les Drs Ravina, Bariéty, Boltanski, Lereboullet, Brouet. — Chirurgiens : MM. les Drs Funck-Brentano, Aurousseau, Huet, Boudreaux, Poilleux. — Gynécologues accoucheurs : MM. les Drs Lepage (O.R.L.), Bourdier.

Concours de pharmacien des hopitaux (2 places). — Ont été nommés : MM. Douris et German.

Internat en médecine des hôpitaux communaux de la région sanitaire de Paris

Les concours spéciaux d'internat prévus par l'arrêté du 9 août 1945 auront lieu :

I. — Concours de remplacement : le 19 février 1946.

II. — Concours supplémentaire : le 9 avril 1946.

Inscriptions. — Pour le premier concours : du 14 janvier au 28 janvier 1946. Pour le deuxième concours : du 4 mars au 18 mars 1946.

Renseignements. — S'adresser à la Direction régionale de la Santé, 1, avenue Victoria, Paris (4e).

Facultés de province

Strasbourg. — Le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg est conféré à MM. Ancel et Pfersdorf, anciens professeurs de cette Faculté, admis à la retraite.

Toulouse. — La chaire de pathologie interne (dernier titulaire M. Serr), a été déclarée vacante (« J. O. », 26 décembre 1945).

M. Serr a été nommé professeur honoraire.

Légion d'honneur. Guerre

Commandeur. — Médecin colonel Benllamou.

Officier. — Médecin capitaine Justin-Besançon, professeur à la Faculté de médecine, président de la Croix-Rouge française.

Chevaliers. — Dr Anne Noury (déportée).

Dr Bernard Morey, dit Barraut (déporté).

Dr Adélaïde Hautval, déportée.

Dr Lemordant, déporté.

Dr Poupault, déporté, évadé.

Professeur Robert Waitz, de Strasbourg, déporté.

Citations à l'ordre de l'armée

Médecin commandant Marcel Fèvre, Ne DI marocaine, chef de la formation chirurgicale mobile n° 5 (Alsace et Autriche).

Médecin capitaine René Mathieu, Ne régiment tirailleurs marocains.

Ordre de la Santé publique

Commandeur. — M. le Médecin général Melnotte.

Officiers : M. le Médecin colonel Desplat, M. le Médecin lieutenant-colonel David, M. le Médecin commandant Penin.

La croix de chevalier est attribuée au groupe médical de secours (Comité médical de la Résistance à Paris) [Normandie], et à l'Ecole d'infirmiers des hospices civils de Caen.

(Voir fin des Informations, p. 40.)

Renseignements

L'Association corporative des Etudiants en médecine de Paris, reconnue d'utilité publique, fournit dans le plus bref délai, à tous les médecins qui en désirent, des remplaçants remplissant toutes les conditions légales. Pour tous renseignements, s'adresser à l'Association, 8, rue Dante, Paris (5e). Tél. Odéon 58-90. Aucune condition pécuniaire n'est exigée du médecin demandant un remplaçant.



HALLUCINOSES ET HALLUCINATIONS DANS LES TUMEURS CÉRÉBRALES

Par H. Hécaen et J. de Ajuriaguerra

Cherchant à préciser l'importance localisatrice des troubles mentaux au cours des tumeurs cérébrales, nous nous limiterons dans ce travail à l'étude des phénomènes hallucinatoires qui, parmi les troubles psychiques dus aux tumeurs, représentent les manifestations dont la connaissance aidera le plus au diagnotic de localiation. Mais, tandis que certaius partisans des théories mécanicistes pensent que toutes les hallucinations sans distinction d'espèce « ont une importance de localisation aussi importante que les autres symptômes cérébraux » et. que leur étude doit être abordée par les « méthodes habituelles de la neurologie, de l'ophtalmologie et de l'oto-rhinologie » (de Morsier), d'autres auteurs, insistant sur la structure différente entre hallucinoses et hallucinations, ne reconnaissent de valeur localisatrice qu'aux premières. Les hallucinoses correspondent à des troubles psychosensoriels qui se présentent « sous une forme isolée, partielle ou avec une durée très brève sans être intégrés profondément à des états psychopathiques et sans bouleverser la personnalité ou le système des croyances du malade » (Ey). Elles sont dues pour le même auteur à des dissolutions perceptives isolées et l'hallucinose est, ou intégrée à des troubles neurologiques, ou bien de si courte durée qu'elle n'influe pas sur la personnalité du sujet. Par contre, les états hallucinatoires sont dus à une dissolution uniforme de l'activité psychique et le trouble générateur n'agit que secondairement dans leur genèse. L'hallucination ne devient alors dans cette thèse qu'un des aspects de la pensée à un certain niveau psychopathique où a regressé le psychisme tout entier.

Ce n'est pas le lieu de discuter ici d'un point de vue dogmatique s'il est justifié, d'établir une barrière étanche entre les deux ordres de phénomènes, notre dessein étant avant tout clinique. Par l'étude de la littérature et d'après notre expérience personnelle (1) nous nous contenterons d'examiner quels sont les caractères des troubles psychosensoriels dont la présence constitue une présomption en faveur de l'atteinte de telle ou telle zone cérébrale.

Les hallucinations visuelles

Ce mode d'hallucinations, le plus fréquent de l'avis de tous les auteurs, revêt une importante valeur localisatrice et mérite une description soigneuse. L'hallucination visuelle au cours des tumeurs cérébrales peut apparaître, en effet, sous des formes variées et la structure qu'elle présente permettra de la rattacher à une atteinte régionale précise ou bien de ne la considérer que comme un effet de l'hypertension. En outre, l'hallucination visuelle a fait l'objet de véritables recherches de physiologie expérimentale de la part des neuro-chirurgiens tels que Krause, Fœrster, Penfield et Gage, recherches dont les résultats ont fourni des renseignements extrêmement importants du point de vue qui nous occupe. Ajoutons enfin que l'hallucination de la vue est de toutes les hallucinations celle qui peut être étudiée le plus facilement, en effet, comme le dit Henri Ey, toute sensation visuelle doit être dotée d'un coefficient d'objectivation.

Quels sont donc les divers types d'hallucinations de la vue rencontrés au cours des tumeurs cérébrales ? Ou bien il s'agit d'un sujet lucide qui hallucine d'une manière plus ou moins permanente, ou bien il s'agit d'auras épileptiques, soit uniquement à type visuel, soit du type « dreamy state ». Dans une troisième variété, les hallucinations visuelles se présentent sous forme d'onirisme confusionnel et n'ont évidemment alors aucune valeur localisatrice ; elles peuvent cependant faire partie d'un état très proche qui en diffère néanmoins par certains points et dans ce cas représenter un signe focal. Nous allons étudier chacune de ces variétés en indiquant en même temps quelles sont les localisations qui les conditionnent surtout. Enfin, nous essaierons d'en tirer quelques conclusions et pour cela envisagerons schématiquement quels types d'hallucinations visuelles se rencontrant dans chaque atteinte régionale tumorale.

1° *Les hallucinations visuelles sans trouble de la conscience.* Elles se présentent d'une manière plus ou moins permanente chez un sujet ayant conservé toute sa lucidité et qui les critique. Elles n'ont aucun retentissement sur le psychisme, mais si généralement le malade ne leur accorde pas sa croyance, c'est que l'image hallucinatoire apparaît d'une manière tellement étrange ou absurde que leur adhésion ne pourrait relever que d'un trouble du jugement. Si, par contre, l'hallucination est en concordance avec les perceptions actuelles, souvent le sujet ne s'aperçoit pas immédiatement de leur irréalité et n'est détrompé que par le témoignage des autres sens ou lors de la disparition du phantasme. Comme le souligne Ey, le critère de la croyance est insuffisant pour faire le partage entre hallucination et hallucinose. Lhermitte et Ajuriaguerra, sous un autre angle il est vrai, ont également insisté sur ce point.

Avant de préciser leurs autres caractères, une distinction s'impose entre les hallucinations dues à des lésions des voies optiques périphériques et les hallucinations hémianopsiques en général dues à des lésions centrales, pariéto-temporo-occipitales.

Les premières paraissent très proches de celles décrites chez les ophtalmopathes. Le sujet voit de multiples phantasmes colorés, brillants, agréables à regarder, mobiles ; loin de s'en plaindre, assez souvent il s'en amuse, est distrait par eux, ne les considérant que comme des fictions. Elles ont été surtout décrites dans des affections non tumorales : névrite optique en particulier. Les lésions chiasmatiques par tumeur (adénome hypophysaire, méningiome supra-sellaire), les méningiomes olfactifs comprimant les nerfs optiques seraient capables de les déterminer comme le montrent les observations que nous allons rapporter.

Dans un cas de Baruk (observ. 27 de sa thèse), il s'agissait d'hallucinations lilliputiennes : les petits personnages très mobiles et très colorés se projetaient toujours dans la partie droite du champ visuel. Plus tard un examen campimétrique révéla une hémianopsie temporale droite, il existait aussi une cécité droite par atrophie optique post-névritique. La radiographie indiquait une tumeur hypophysaire.

Dans un cas rapporté par Ey (méningiome supra-sellaire ayant entraîné une hémianopsie bitemporale) la malade voyait des champs couverts de fleurs toutes rouges ou toutes bleues lorsqu'elle regardait des champs sans fleur. Alors que sa vue était déjà basse elle voyait des fleurs distinctement et avait l'impression que c'était une illusion de sa part. Les hallucinations visuelles apparaissaient dans tout le champ visuel (« ce spectacle de fleurs remplissait tout ce que mon regard embrassait »). Après l'intervention, devenue complètement aveugle, elle percevait sans cesse des images figurées.

David et Askenazy ont rapporté un cas de méningiome olfactif comprimant les deux nerfs optiques : avec l'amaurose apparurent des hallucinations figurées complexes : objets variés entourant la patiente de tous côtés. La malade était pleinement consciente lors de leur apparition, mais en éprouvait une grande surprise.

Les deux observations suivantes s'écartent pour des raisons différentes l'une et l'autre du type habituel. Dans la première, que publie Christian en 1892, il s'agissait d'un malade affaibli intellectuellement « paralysé des jambes », chez qui apparurent chaque nuit, pendant les 5 ans qui précédèrent sa mort, des hallucinations visuelles parfaitement caractérisées qui disparaissaient dès que survenait le jour. Le malade voyait entrer dans sa chambre par la fenêtre, à travers le grillage, des personnages hommes et femmes toujours silencieux, qui se livraient fréquemment à des actes obscènes sur son lit. Il était persuadé que ces individus qu'il percevait avec précision, étant capable le lendemain de donner des détails sur leur habillement, leur physionomie, venaient là pour lui nuire, qu'ils devaient bientôt l'assommer, le jeter dans la Marne, etc. Il présenta pendant ces 5 ans quelques légers signes d'hypertension intracranienne (vomissements en fusée). L'état de la vision n'est pas précisé. A l'autopsie, on découvrit une tumeur de la glande pituitaire du volume d'un œuf de poule avec un prolongement antérieur comprimant les deux nerfs optiques sur les gouttières optiques.

L'apparition exclusivement nocturne des hallucinations, leur interprétation secondaire (peut-être en raison de l'affaiblissement psychique du sujet ?) rendent cette observation tout à fait particulière.

La seconde observation concerne une malade du Dr David, qui présentait un volumineux adénome acidophile de l'hypophyse et avait subi de nombreuses séances de radiothérapie. Elle nous déclara avoir vu à plusieurs reprises passer devant les yeux, des chats, des papillons se dirigeant de la périphérie vers le centre pour disparaître dès qu'ils arrivaient dans la zone de vision maculaire. Elle présentait un rétrécissement bilatéral du champ visuel. Les caractères de l'hallucination relèvent donc ici plutôt du type décrit dans les hallucinations temporo-occipitales que nous allons maintenant étudier.

Les hallucinations visuelles apparaissant au cours des tumeurs temporo-pariéto-occipitales peuvent se manifester sans trouble de la conscience paroxystique concomitant.

Elles seraient surtout fréquentes, d'après Cushing, dans les tumeurs temporales, mais il les signale surtout au cours du « dreamy state » qui sera étudié plus loin. Elles peuvent cependant apparaître en dehors de cet état et fréquemment, quoique non nécessairement, dans le champ visuel hémianopsique. Ainsi

(1) Nous remercions vivement notre maître, M. David, qui nous a permis d'observer ses malades, tant à son service du Val de Grâce que dans sa clinique particulière.

Sanford et Bair, étudiant 211 tumeurs temporales, trouvent-ils 22 fois des hallucinations visuelles et dans 2 cas seulement elles étaient perçues dans la partie aveugle du champ visuel. Cushing, au contraire, dans ses statistiques, les signalait 15 fois sur 17 dans le champ hémianopsique.

Classiquement ces hallucinations temporales (ou temporo-occipitales, car très souvent les 2 lobes sont lésés ensemble), sont toujours des hallucinations figurées complexes (personnages, objets divers, animaux), colorées, plus ou moins animées de mouvements. En voici quelques exemples :

Une malade de Cushing, observée par Horrax, voyait à côté du médecin qui l'examinait un homme avec un casque d'or sur la tête, dont elle ne pouvait distinguer les traits : il s'asseyait à côté du médecin, prenait des notes comme lui et quittait la pièce avec lui. Le personnage halluciné était perçu dans le champ hémianopsique. La malade interrogeait l'entourage pour savoir quel était cet homme. Dans un autre cas des mêmes auteurs, le sujet voyait un chat noir tout en sachant son irréalité : à d'autres moments elle voyait des taches noires à sa gauche et tournait la tête pour les regarder ; seul l'examen campimétrique révéla une hémianopsie gauche. Un malade d'Horrax voyait voler à un yard devant lui un oiseau magnifique dont il voulait s'emparer.

Un malade du Dr David, dont nous devons l'observation à Sauguet (glioblastome temporo-occipital droit) voyait des personnages connus ou inconnus, des objets figurés dans le champ visuel hémiamblyopique se déplaçant de la gauche vers la droite et disparaissant dès qu'ils arrivaient dans la zone de vision centrale. Ces personnages paraissaient tout à fait réels : couleurs, relief existaient. Aussi leur adressait-il parfois la parole, ou croyait qu'il s'agissait de fantômes, comme lorsque par exemple il hallucinait sa femme à sa gauche tandis qu'elle était dans un autre endroit de la pièce.

Au contraire, Sanford et Bair ont rencontré autant d'hallucinations élémentaires « unformed » que d'hallucinations figurées complexes « formed » dans les tumeurs de ce lobe. Ce point important sera repris plus loin.

La plupart des auteurs (Horrax, Baruk, Allen, etc.), admettent en effet que les tumeurs occipitales pures ne donnent que des hallucinations élémentaires : boules lumineuses, colorées, éclairs de lumière blanche, flammes de couleurs diverses, formes géométriques, traits, points, lignes, c'est-à-dire de simples photopsies. L'hallucination pourra aussi se projeter dans le champ aveugle, mais l'hémianopsie paraît moins fréquente dans les tumeurs que dans les lésions vasculaires occipitales. Cependant, assez souvent, l'hallucination se projetterait dans la partie du champ visuel opposée au siège de la tumeur (sans que cela soit obligatoire comme le croyait Henschen) et précéderait de longtemps les autres signes de néoformation.

Autre caractère des troubles psychosensoriels des tumeurs occipitales : ils se présenteraient, beaucoup plus souvent que ceux causés par les tumeurs temporales, en dehors des auras ou des équivalents épileptiques. (Allen qui les a rencontrés dans 25 % des tumeurs occipitales ne les signale comme aura ou équivalent que dans 10 %.)

Dans les tumeurs pariétales l'hallucination visuelle paraît peu fréquente et n'est guère mentionnée qu'au cours des accès d'automatose que nous décrirons plus loin.

Cependant une malade chez qui le Dr David pratiqua l'ablation d'une tumeur gliomateuse sous-corticale droite située immédiatement en arrière de P A et s'étendant vers le lobe occipital jusqu'au ventricule, présenta à trois reprises des hallucinations visuelles. Deux fois elle vit une souris traverser sa chambre de gauche à droite et crut à la réalité de ces souris. Une autre fois, elle aperçut un chat gris immobile sous une chaise à sa gauche. Elle identifiait ce chat comme celui de sa voisine. Quand on l'a détrompée, elle a facilement reconnu le caractère hallucinatoire de sa vision qui n'avait pas duré plus d'une seconde.

Cette malade présentait une hémiparésie gauche, un syndrome sensitif cortical et une hémianopsie gauche.

Entre les hallucinations dues à l'atteinte des voies optiques dans leur partie préchiasmatique et celles dues à l'atteinte de leur trajet central. De Morsier, à la suite de Morel, a établi une différence formelle. Les lésions préchiasmatiques des voies optiques, c'est-à-dire du nerf optique dans sa portion rétro-bulbaire, donneraient des hallucinations de type monoculaire, déterminés par un scotome positif occupant le champ maculaire, ne se produisant jamais dans l'obscurité ou après occlusion des paupières, n'étant mobilisées que par les mouvements des globes oculaires, et dont la grandeur est déterminée par les lois de l'optique géométrique (elles seront d'autant plus grandes qu'elles seront projetées sur une surface plus éloignée).

Morel les a d'abord décrites dans le delirium tremens où elles doivent être distinguées de l'onirisme visuel. De Morsier les a retrouvées dans une névrite rétro-bulbaire due à une névraxite.

Nous ne les avons pas vues signalées au cours des tumeurs, d'ailleurs. De Morsier ne précise pas quels sont les caractères des hallucinations dues à l'atteinte de la partie des voies optiques comprenant le chiasma et les bandelettes, c'est-à-dire celles très fréquemment comprimées par les tumeurs.

Les observations relatées plus haut concernant l'atteinte de ces régions ne paraissaient pas être du type décrit par Morel. Des recherches nouvelles mériteraient d'être faites dans ce sens.

Aux hallucinations de type central, De Morsier reconnaît les caractères suivants : elles sont de type hémianopsique homonyme, ou bilatérales, prédominant dans les champs visuels périphériques, s'accentuant dans l'obscurité par l'occlusion des paupières. Souvent richement figurées, multicolores, en mouvement de la périphérie vers le centre malgré l'immobilité des globes oculaires. Enfin, il souligne leur dépendance vis-à-vis de la fonction vestibulaire et leur association fréquente avec des hallucinations des autres sens.

Avant de discuter ces points, voyons les autres types d'hallucinations visuelles rencontrées dans les tumeurs.

2° *Hallucinations visuelles avec modifications de la conscience.*

a) *L'aura épileptique visuel et le « dreamy state ».*

Comme nous le notions plus haut, c'est surtout à type d'aura ou d'équivalent épileptique qu'apparaissent les hallucinations visuelles dans les tumeurs temporales. Elles reconnaissent à peu près les mêmes caractères que celles apparaissant sans modification de la conscience ; cependant les objets hallucinés restent fréquemment identiques pour chaque crise et peut-être la réalité des « perceptions sans objet » est-elle admise plus souvent : à la faveur du trouble de la conscience, le sujet a plus tendance à accorder croyance à ce qu'il voit. Cependant il n'y a là rien d'absolu. De nombreux exemples peuvent en être donnés. Tel ce malade de Christophe et Schmidt présentant des crises fréquentes d'hallucinations visuelles : « Le début de chaque crise est modifié par une sorte d'aura avec bourdonnements et sensations de demi-absence. Le malade interrompt brusquement ses occupations, puis il assiste dans un état de demi-conscience à de véritables scènes animées. Il s'agit, en effet, toujours d'hallucinations complexes mettant en jeu plusieurs personnages. Le malade voit devant lui, dans la pièce où il se trouve, des hommes, 4 ou 5 le plus souvent. Il ne peut donner de précisions sur leur habillement, ni sur leur physionomie. « Ce sont, dit-il, des individus quelconques que je ne connais pas. » Il les voit s'agiter, puis s'asseoir ; ils semblent discuter, mais jamais il ne les entend, ils passent devant lui, puis disparaissent. » Le caractère pathologique des scènes est bien reconnu.

Ces auras visuelles sont fréquemment associées à des hallucinations olfactives, gustatives, auditives même. Parfois il existe une étrange modification de la conscience donnant l'impression d'un état de rêve. C'est la crise uncinée qui présente une valeur diagnostique capitale dans les tumeurs temporales.

La crise uncinée.

Décrite par H. Jackson sous le nom de « Uncinate fit », elle comporte une association de phénomènes hallucinatoires, tandis qu'il existe une modification de la conscience que depuis cet auteur on qualifie de « dreamy state » précédant ou non une attaque épileptique.

Les travaux de Kennedy, de Cushing, d'Horrax, de Wilson, de Baruk ont contribué à préciser le tableau clinique et à affirmer sa valeur localisatrice. Le début se fait par un sentiment d'étrangeté, de frayeur, en même temps que le malade perçoit une sensation olfactive ou gustative le plus souvent extrêmement désagréable, odeur ou goût de pourri, de pétrole, etc., qui s'objective parfois par des mouvements de dégoût des lèvres et du nez. Le malade vit alors sa crise comme s'il s'agissait d'un rêve en même temps qu'il existe une véritable exaltation de la conscience : des sentiments d'étrangeté, de déjà vu, de prescience, de divination, des réminiscences de la vie infantile surgissent en même temps que toutes les impressions sensorielles deviennent particulièrement intenses, particulièrement belles. Des pensées horribles, inexprimables, une anxiété atroce peuvent au contraire se faire jour. Des hallucinations visuelles sont souvent présentes sur ce fond de rêve et cela dès le début de la crise. Il s'agit généralement de scènes animées, très colorées, habituellement unilatérales elles se projettent dans le champ hémianopsique le plus souvent. Le malade garde presque toujours conscience de la nature pathologique de ces hallucinations. Des hallucinations auditives peuvent aussi se rencontrer au cours de ces états.

Wilson a décrit 4 types cliniques dans le « dreamy state » selon le sentiment pathologique dominant : 1) sentiment du déjà vu ; 2) sentiment d'étrangeté, impression de jamais vu, de non réalité ; 3) la mémoire panoramique (il existe un brusque afflux de souvenirs, surtout de la période infantile ou bien il s'agit d'illusions de la mémoire) ; 4) le type abortif : c'est une sensation curieuse qui reste une énigme pour le patient, et qui disparaît rapidement.

Guillaume et Sigwald ont rapporté récemment un exemple dans lequel l'impression déjà vu portait sur les hallucinations visuelles elles-mêmes.

Nous rapporterons à titre d'exemple un cas personnel où le « dreamy state » apparaissait sous des formes variées.

Il s'agissait d'un sujet porteur d'un oligo dendrogliome infiltrant le lobe temporal droit. Le syndrome clinique était représenté par un syndrome d'hypertension, de troubles du caractère, une hémianopsie gauche en quadrant supérieur et des crises uncinées précédant ou non des attaques épileptiques typiques.

Un sentiment d'étrangeté du monde extérieur survient subitement : « Je ne pouvais être sûr de rien, même de la chaise que je touchais. » Parfois, se regardant dans la glace : « J'éprouvais une curieuse impression, c'était moi et ce n'était pas moi. » Tout lui paraissait étrange sans qu'il en sut la raison. Dans d'autres accès, il avait l'impression que « tout allait s'effondrer », une très grande peur le saisit, il ne sait pas de quoi, « ça me serre dans la poitrine ».

Il décrit aussi un troisième type de crise : « Je m'imagine souvent un vague personnage que je ne vois pas, qu'il me semble avoir déjà vu dans mon existence, mais impossible de le définir. C'est une impression, pas une vision, c'est vague, plutôt un homme. » Pendant ces crises-là, la perception du monde extérieur est correcte.

Les crises duraient une dizaine de minutes et étaient suivies d'un état d'obnubilation relative au cours desquelles si on lui parlait, il répondait n'importe quoi. Si la crise le surprenait dehors, il se perdait dans les rues. Pendant cette période critique, il était apraxique (incapable d'allumer une cigarette).

Après l'intervention, qui ne put être que partielle en raison de l'infiltration énorme du lobe temporal, les crises disparurent pendant trois mois, mais reparurent sous forme d'épilepsie B. J. de la face sans perte de connaissance avec aura anxieuse.

Un autre exemple de « Uncinate fit » observé par l'un de nous présente un intérêt du fait que les accès apparaissant au cours d'une psychose hallucinatoire chronique furent méconnus en tant que « dreamy state » et la tumeur temporale seulement révélée à l'autopsie. C'est en raison de l'état psychopathique, des phénomènes d'automatisme mental, des idées délirantes qu'on négligea malgré la présence de crises épileptiques, les crises paresthésiques du bras droit, les hallucinations visuelles élémentaires (flammes colorées), les hallucinations auditives verbales survenues à trois reprises, les impressions survenant brusquement de « chose bizarre, rapide, qui l'impressionne », les états de « transe » avec inspiration musicale et poétique irrésistible suivis de « surcharge intérieure angoissante ». Les éléments du « dreamy state » existaient, mais noyés et aussitôt intégrés dès leur apparition dans le complexus délirant. On peut se demander ici si les crises uncinées n'ont pas joué le rôle de « moments féconds » du délire (Lacan, Ey).

La décrivant comme simple aura épileptique, H. Jackson l'appela crise uncinée, la rattachant à l'atteinte du crochet de l'hippocampe en raison des hallucinations gustatives et olfactives. Mais ce sont les neuro-chirurgiens qui ont insisté sur sa très grande valeur localisatrice même en l'absence de phénomènes psycho-sensoriels.

Sans vouloir porter atteinte à cette conception toujours juste dans la très grande majorité des cas, nous voudrions, sinon émettre quelques réserves, du moins montrer que des phénomènes très proches peuvent survenir au cours des tumeurs d'autres régions. Notons tout d'abord que l'anxiété paroxystique a été souvent signalée dans les tumeurs de la base (Baruk) associée à des états voisins du rêve ; nous retrouverons la question plus loin ;

Enfin dans un cas que l'un de nous a pu observer avec M. David, où il s'agissait de tumeur de l'angle pontocérébelleux droit à symptomatologie typique (début par des troubles de l'audition, puis vertiges, atteinte du V, du VII, présence de signes cérébelleux) étaient survenues, un an après le début des premiers troubles, des houffées anxieuses d'une durée très brèves (1 à 2 minutes environ) accompagnées d'un très net sentiment de déjà vu « brusquement, en voyant quelque chose que je voyais plusieurs fois par jour, j'avais l'impression d'avoir déjà vu la chose et en même temps une angoisse au cœur et au poumon, comme un arrêt du cœur et de la respiration, comme si la vie allait cesser... c'est comme si je me retrouvais dans certaines circonstances que j'aurais déjà vues ». Ce sentiment de déjà vu, jamais suivi d'attaque épileptique, survenait à peu près une fois par jour. En dehors de ces crises « tous mes souvenirs d'enfance me revenaient à tout propos ; c'étaient des visions très nettes comme un tableau, les figures comme des photographies ». Priée de préciser, elle déclare que ces visions étaient colorées, immobiles « ça apparaissait dans ma mémoire, c'est dans mon imagination que je les voyais comme quand on se souvient ». A ces moments, elle n'éprouvait aucune inquiétude, elle était même plutôt intéressée. Tous ces phénomènes disparurent définitivement après l'ablation d'un gros neurinome du VIII qui comprimait la protubérance et la partie haute et latérale du bulbe. Nous rapprocherons cette observation de celle faite par Martin Reichardt, bien qu'il ne s'agisse pas ici de tumeur, mais d'une piqûre accidentelle de l'hémibulbe gauche au cours d'une ponction sous-occipitale. Voici le fait tel qu'il est rapporté dans la thèse de Couleru (1) : « Aussitôt après la piqûre, cette malade s'écria : « ma jambe, ma jambe », à la manière d'une épileptique ; puis elle sembla s'éveiller et demanda : « qu'est-il donc arrivé, ai-je perdu ma jambe ? » Le tout dura quelques secondes, la patiente quitta sur ses jambes la salle d'opération, l'incident semblait terminé lorsque trente secondes après, la malade éprouva une sensation étrange de délivrance spirituelle : « J'aurais voulu être tout à fait morte », dit-elle ; et la malade ajoute qu'au moment où l'aiguille s'enfonça dans le bulbe, elle eut la vision panoramique de toute sa vie ; ce n'est qu'après s'être « vue ellemême » qu'elle perdit connaissance pendant quelques secondes. »

Aussi nous semble-t-il intéressant de souligner que lorsque dans l'état paroxystique que décrit le malade, l'anxiété domine au lieu d'une modification de la conscience qui rappelle le rêve, on doit, avant de parler de crise uncinée, rechercher tous les signes physiques qui pourraient évoquer une atteinte du bulbe, organe dont la souffrance se traduisait pour Bonnier, Brissaud, etc., par l'angoisse.

h) *Les crises d' « automatose ».*

Au cours des crises de mouvements forcés, telles que les ont décrites Zingerlé, Gertsmann, Van Bogaërt, De Morsier et Broccard, les hallucinations visuelles paraissent fréquentes. Le syndrome d'automatose (Zingerlé) consiste en mouvements forcés complexes survenant par crises : enroulement autour de l'axe longitudinal du corps ou mouvements dans le plan sagittal (opisthatonos, emprosthotonos, crises oculogyres supérieures) et déviation dans le plan horizontal (crises céphalogyres et oculogyres latérales).

De Morsier a insisté sur le fait que ces crises avaient déjà été décrites par Charcot et Richer sous le nom de « grandes attaques hystériques ».

Il est en effet à souligner que ces crises sont soit spontanées, soit provoquées (excitations sensitives, modifications posturales, excitation vestibulaire, émotions). Déclenchées par l'émotion, elles peuvent aussi être inhibées par la suggestion. On comprend combien la confusion avec les phénomènes hystériques avait pu être facile. Cependant la présence de troubles neurologiques permanents, mouvements involontaires, « tremblement pariétal », troubles du tonus musculaire, troubles sensitifs praxiques et somatognosiques permettent de la rattacher à une atteinte pariétale (De Morsier).

Au cours de ces accès, les hallucinations visuelles ne sont pas rares et Charcot et Richer les avaient déjà mentionnées. Elles sont à caractère hémianopsique, de déroulement très lent. Elles sont accompagnées de modifications de la conscience allant parfois jusqu'à l'obnubilation passagère. Des métamorphopsies, des dysmorphopsies peuvent précéder les phénomènes hallucinatoires tandis que des phénomènes d'agnosie optique peuvent les accompagner (Van Bogaërt).

Dans un cas de Bogaërt, il existait aussi une hallucination autoscopique. Parfois des hallucinations auditives peuvent être présentées indiquant une atteinte temporo-pariétale.

Ces crises traduisent pour beaucoup d'auteurs une atteinte des voies vestibulaires centrales et la présence d'hallucinations visuelles indiqueraient leur origine temporo-pariétale (De Morsier). Elles nous permettent également de nous rendre compte de l'influence qu'exerce l'appareil vestibulaire sur l'hallucination visuelle ; l'expérimentation a d'ailleurs démontré ceci (Fœrster, Schilder, Stander, Hoff, etc.).

c) *L'hallucinose pédonculaire.*

Nous entrons ici dans une nouvelle variété d'hallucinations visuelles très différentes des précédentes : il s'agit ici de dérèglement plus ou moins évident de la fonction hypnique, à la faveur duquel s'émancipe la composante positive du sommeil, le rêve. Notre maître, le professeur Lhermitte, a décrit ces faits sous le nom d'hallucinose pédonculaire, entendant par là (d'accord avec Van Bogaërt) « les manifestations hallucinatoires qui éclosent et se déroulent chez les malades atteints de lésions limitées au mésodiencéphale » (région du IIIe ventricule et calotte pédonculaire). Bien que le plus souvent ces faits aient été décrits dans des affections non tumorales, signalons que la confusion avec onirisme surtout visuel faisait partie du tableau du syndrome du IIIe *ventricule* tel que le décrivaient Claude et Lhermitte dès 1917. L'onirisme paraît en effet particulièrement fréquent dans les tumeurs de la base. Campana insiste sur ce point. De Morsier rapporte deux très beaux cas de cette sorte (craniopharyngiome supra-sellaire, kyste du IIIe *ventricule*). Peut-être faut-il rapporter à cette atteinte du méso-diencéphale la confu-

(1) Thèse Paris 1942. La régulation des fonctions corticales. On en trouvera aussi la description dans le livre de Mourgue : *Neurobiologie de l'hallucination.*

sion avec onirisme en cas de syndrome d'hypertension tel que peut le déterminer, par exemple, un obstacle de la fosse cérébrale postérieure, le plancher du IIIe ventricule étant le premier à souffrir.

Quoiqu'il en soit, ce n'est pas sur un état confuso-onirique que nous serons en droit de parler d'hallucinose pédonculaire. Pour pouvoir l'affirmer, il faut encore pouvoir discerner les caractères que lui a reconnus Lhermitte : c'est l'apparition au crépuscule de phantasmes hallucinatoires possédant les caractères de sensorialité, d'objectivation par rapport au propre corps et de projection spatiale. Il s'agit d'objets, d'animaux, de personnages souvent riches en couleurs mobiles multiples, silencieux. Généralement aucune réaction émotive n'intervient ; souvent même le malade les contemple avec plaisir. Dans les cas les plus purs, les patients ne sont pas dupes de ces phantasmes, mais s'il existe un certain degré d'obnubilation, le malade leur accorde pleine croyance et l'état se rapproche alors beaucoup de l'onirisme, mais dès que l'état mental redevient normal, les hallucinations sont critiquées de nouveau.

Apparaissant à la tombée de la nuit, à l'heure où les perceptions réelles sont moins vives et moins précises, ces images sont proches des images hypnagogiques, proches aussi du rêve dès que l'esprit se détache du réel et que progresse la somnolence.

Nous n'avons pas observé personnellement de tels faits au cours des tumeurs, mais l'un de nous, avec M. David, en a rapporté récemment un cas survenu après ablation d'un adénome hypophysaire où l'on pouvait admettre dans son déterminisme une atteinte légère du diencéphale lors du décollement de la capsule du plancher du III ventricule.

A cette variété hallucinosique, De Morsier ne reconnaît pas une origine pédonculaire. Pour lui, elle est due, comme toutes les hallucinations centrales, à une irritation des voies optiques au niveau du pulvinar. L'hallucinose dite pédonculaire présenterait pour cet auteur tous les caractères des autres hallucinations cérébrales tels qu'il les a décrits. Lhermitte a montré avec force combien cette thèse est peu compatible avec la réalité des constatations anatomo-cliniques, car elle oblige à admettre l'existence d'une voie optique paravisuelle au niveau du pulvinar, voie qui apparaît toute hypothétique.

***

Après cet exposé analytique, il nous reste à étudier synthétiquement quelles variétés d'hallucinations visuelles produisent les diverses localisations tumorales.

1) *Tumeurs comprimant ou lésant les voies optiques périphériques (nerfs optiques, chiasma, bandelettes).*

Les hallucinations revêtent ici tous les caractères reconnus aux hallucinations des ophtalmopathes : apparition d'une manière plus ou moins permanente et jamais comme auras épileptiques, intégrité de la conscience ; elles pourraient se projeter dans les champs visuels hémianopsiques. Dans les atteintes du nerf optique dans sa partie rétro-bulbaire, l'hallucination serait du type décrit par Morel, mais nous n'avons pas vu de tels faits rapportés au cours des tumeurs atteignant les nerfs optiques.

2) *Tumeurs pariéto-temporo-occipitales.* — Au cours de l'évolution de ces tumeurs, les hallucinations se présentent souvent dans le champ hémianopsique ou bien même du côté opposé à la néoformation sans qu'il existe de déficit du champ visuel. Elles traduisent l'atteinte des voies visuelles dans leur partie centrale. Elles se présentent plus souvent sous forme d'auras épileptiques. Dans les tumeurs pariétales, elles sont assez peu fréquentes et on ne les signale guère qu'associées aux crises d'automatose. Dans les tumeurs temporales, elles se montrent avec une grande fréquence ; Cushing les signale 17 fois sur 72 observations. C'est surtout au cours de l'« uncinate fit » qu'elles apparaissent, mais non nécessairement. Elles sont surtout à type hémianopsique : sur les 17 cas de Cushing, Horrax les signalait 14 fois comme se projetant d'un côté du champ visuel et dans 8 cas du côté opposé à la lésion. Il y a cependant là, on le voit, loin de la rigide systématisation de Henschen qui affirmait que l'hallucination était toujours perçue du côté opposé à la tumeur.

Bien que dans la majorité des cas il existe une modification de la conscience, elles sont le plus souvent reconnues comme pathologiques, l'esthésie existant pourtant presque toujours. Cependant un tel critère ne peut suffire pour rejeter de ce cadre des hallucinations ayant entraîné la croyance, comme nous l'avons vu en signalant des cas de Cushing et Horrax par exemple. L'adhésion au phantasme peut même persister, favorisée par des troubles permanents de la conscience.

Entre les hallucinations visuelles des tumeurs occipitales et temporales, les auteurs ont voulu établir une séparation très nette (Cushing, Horrax, Baruk, de Martel et Vincent, Horrax et Putnam). L'hallucination d'origine occipitale consisterait en simples photopsies colorées, toute hallucination figurée complexe indiquant une extension du processus au lobe temporal. Si on excepte le « dreamy state » spécifique des tumeurs infiltrant ou comprimant le lobe temporal, aucune distinction formelle ne paraît cependant pouvoir être faite entre hallucinations temporales et hallucinations occipitales. Encore que la statistique de Sanford Bair y contredise, on peut cependant dire qu'il y a plus souvent de simples photopsies dans les tumeurs occipitales et qu'elles se présentent peut-être moins souvent sous forme d'auras ou d'équivalents épileptiques. Ne sait-on pas, d'autre part, que les excitations électriques effectuées par les neuro-chirurgiens au cours d'intervention sur le cortex occipital provoquent des hallucinations figurées complexes pour peu que l'excitation ne porte pas seulement sur l'aire 17. Dans les traumatismes, les lésions vasculaires, on a également signalé des phantasmes complexes.

Une observation de Roger, Alliez et Jouve plaide aussi en ce sens : un sujet porteur d'un volumineux tuberculome occipital présentait des auras visuelles au cours desquelles il percevait, dans la partie aveugle de son champ visuel, d'abord des spirales, puis la place du Gouvernement, à Alger, où se déroulait une brillante fantasia. Dans une observation de Baruk et Dereux, l'hallucination se présentait aussi sous un aspect figuré, mais assez pauvrement.

Enfin, l'observation que l'un de nous a récemment rapportée avec M. David à la Société médico-psychologique, nous paraît apporter un argument indiscutable de la possibilité d'hallucinations complexes en cas de lésion occipitale pure. La voici très brièvement résumée : Après l'ablation d'un astrocytome kystique du lobe occipital droit ayant nécessité l'excision de l'aire 17 dans ses 3/4 postérieurs et des parties adjacentes de l'aire 18 de chaque côté, survinrent un an après des crises épileptiques précédées d'auras visuelles : déroulement hallucinatoire de scènes appartenant au passé lointain de la malade. La couleur, le relief sont présents, mais les personnages sont immobiles et silencieux. Les scènes se succèdent de plus en plus rapidement jusqu'à ce que survienne la perte de conscience, aussi la malade ne conserve-t-elle un souvenir précis que des premières scènes. Ces « images » se projettent, semble-t-il, dans le champ voyant, la malade ne pouvant dire « je les vois comme je vous vois ». Ces auras ne se sont pas modifiées depuis 8 ans.

3) *Les tumeurs de la base.*

L'hallucination visuelle présente ici un caractère bien différent, elle est intégrée à l'état onirique. La confusion onirique est particulièrement fréquente au cours de ces tumeurs, mais on comprendra volontiers qu'elle ne peut suffire, en l'absence d'autres signes, au diagnostic de localisation ; tout au plus pourra-t-elle avoir une valeur de probabilité. Par contre, l'état d'hallucinose dit pédonculaire, par ses caractères mêmes, revêtira une grande valeur, malheureusement il ne paraît pas fréquent dans les tumeurs de cette région où, l'hypertension aidant, l'atteinte globale du psychisme est presque constante lorsqu'existent les hallucinations.

Les hallucinations auditives

Elles sont certainement bien moins fréquentes que les précédentes et ont été très peu étudiées. Il est juste de faire remarquer avec De Morsier et H. Ey que leur rareté n'est peut-être que relative et qu'elles passent assez souvent inaperçues dans les lésions temporales gauches du fait des phénomènes aphasiques qui empêchent la malade d'en faire part.

Faisons d'abord une première remarque, c'est qu'il ne semble pas qu'au cours des neurinomes de l'acoustique, qui donnent si fréquemment des bourdonnements d'oreille intenses, on ait constaté des hallucinations auditives (Bailey au cours de la discussion de la communication de Courville disait n'en avoir jamais rencontré ni entendu parler). Ce n'est qu'au cours des lésions corticales qu'elles ont été signalées.

Si nous nous rapportons au travail de Courville, seul travail d'ensemble sur cette question, travail qui a porté sur 412 cas de tumeurs des lobes, les hallucinations auditives existaient dans 12 cas vérifiés. Dans 6 cas il s'agissait de tumeurs frontales, dans 4 de tumeurs temporales, dans 2 de tumeurs multiples, mais atteignant toujours les lobes temporaux.

Cette statistique, à première vue, paraît peu favorable pour établir une concordance entre l'atteinte des zones de projection corticale des stimuli acoustiques et les hallucinations auditives. En fait, et Courville y insiste, dans les 6 cas de tumeurs frontales, il existait toujours des signes d'hypertension intracranienne marquée, des troubles mentaux incontestables et des hallucinations des autres sens étaient souvent associées aux hallucinations auditives. Cet auteur admet qu'elles peuvent être dues dans ces cas à des phénomènes d'action à distance par l'intermédiaire de l'hypertension ou bien faire partie de la psychose déterminée par la lésion.

Par contre, les hallucinations auditives des 4 tumeurs temporales se produiraient en l'absence de trouble mental manifeste sans qu'il existe une grosse hypertension. En conséquence, on pouvait leur reconnaître une valeur de localisation (un de ces cas paraît être suspect à ce point de vue). A la lecture des quelques fragments d'observation qu'il fournit, nous pensons que sa conclusion est juste, car nous voyons que les hallucinations auditives des tumeurs frontales sont apparues, soit au cour d'un état de rêve, soit la nuit ; une autre malade « s'imagine qu'elle entend... ». Dans les tumeurs temporales, seules les hallucinations visuelles sont également présentes. Quant aux hallucinations auditives, les quelques renseignements donnés sont en faveur de la réalité de véritables « perceptions sans objet » chez les malades de Courville : bruits de gens frappant à la porte, conversations téléphoniques, bruit d'automobile en marche, chant joyeux dans le lointain, musique d'orgue ou de phono. Les 2 cas à tumeurs multiples paraissent présenter également de véritables hallucinations.

Nous avons insisté sur le travail de Courville parce que le plus fourni et nous ne pouvons songer à donner ici toutes les observations publiées bien que la liste n'en soit pas cependant extrêmement longue. Nous citerons les plus importantes en étudiant les caractères généraux.

Qu'il s'agisse d'hallucinations auditives élémentaires ou musicales ou verbales, elles peuvent apparaître sous deux formes, soit comme auras ou équivalents épileptiques, soit d'une manière subpermanente, sans trouble de la conscience. On a voulu établir que dans le premier cas elles se présentaient sous forme d'hallucinations plus complexes que dans le second : d'après la lecture des observations de Courville, de Keschner, Bender et Strauss, de De Morsier, une distinction aussi absolue ne paraît pas justifié. Ainsi, cette malade de De Morsier qui croyait qu'on l'appelait par son nom ou qu'on lui parlait, à qui les voix disaient de « vilains mots », devint ensuite persécutée et enfin paraphasique ; l'autopsie révéla un méningiome de la petite aile du sphénoïde comprimant le lobe temporal.

Les hallucinations auditives élémentaires consistent en bruits divers tels que sifflements, bourdonnements, mugissements, craquements : les malades parlent de bruits d'automobiles, de trains, de tic-tac, de vent qui siffle dans les arbres, de tintements de cloche. Les hallucinations complexes sont, soit musicales (chants lointains dont les paroles ne sont pas distinctes, orchestre, sons instrumentaux), soit verbales, proches dans certains cas des phénomènes d'automatisme mental (De Morsier). Si la tumeur siège à gauche, ces hallucinations s'accompagnent souvent d'aphasie, soit que les deux coïncident (De Morsier, Sérieux et Mignot), soit que l'hallucination précède l'aphasie (Kleist), soit que encore les phénomènes aphasiques ne se manifestent qu'au cours de l'aura épileptique où apparaît l'hallucination auditive verbale. Le patient est dans ce cas incapable de comprendre non seulement les personnes qui l'entourent et qui lui parlent, mais encore les mots hallucinés eux-mêmes, il sait que ce sont des paroles ou des chants, mais ne peut distinguer ce qu'ils expriment. C'est ce qui se produisait dans l'observation suivante (David, Hecaen et Coulonjou).

Mme R..., 31 ans, présente des céphalées et de rares vomissements depuis 1937. A partir de juin 1939 présente des crises épileptiques généralisées toujours précédées d'une aura hallucinatoire auditive : « Ça me bourdonnait dans les oreilles, puis c'était comme des chants, comme s'il y aurait eu beaucoup d'enfants à chanter. » Elle reconnaissait les airs sur le moment, mais était incapable de s'en souvenir après la crise. Elle entend bien « comme si c'était vrai », mais sait cependant que « ça n'existe pas ». Elle ne pouvait non plus distinguer les paroles de ces chants. Ces états pouvaient également apparaître sans être suivis de crise comitiale. Par la suite, les auras se modifièrent en ce sens que les chants furent remplacés par des airs d'orchestre dont elle ne garde pas non plus le souvenir. Pendant ces équivalents, elle voit très bien les gens qui sont à ses côtés, mais est incapable de leur parler. Elle ne comprend pas non plus ce qu'ils lui disent : « Je ne dois pas comprendre, dit-elle, parce que mes oreilles bourdonnent trop, comme s'il y aurait un groupe de personnes qui causerait. » Vers la fin de la crise survient une très grande peur avec sensation de striction thoracique. A aucun moment il n'existe d'hallucinations des autres sens.

Très fréquentes au début, les crises se transforment en simples équivalents qui n'apparurent plus à partir de mai 1942. A partir de cette date survinrent presque tous les jours des états paroxystiques anxieux avec impression d'étouffement durant un très court instant.

Les céphalées ont disparu dès le début des crises comitiales, mais l'acuité visuelle a baissé depuis l'été 1942. L'examen neurologique (10 déc. 1942) est négatif si ce n'est une hyperextensibilité droite nette et la présence de quelques secousses nystagmiformes dans le regard latéral droit. Il n'existe en particulier ni symptômes aphasiques ni agnosiques. L'audition est normale.

Etat mental : léger état dépressif, tristesse, découragement, apathie, irritabilité surtout avant les crises, fond mental non troublé.

Il existe une stase papillaire bilatérale. La pression de la région temporale gauche est très douloureuse. L'intervention (M. David), permet l'ablation d'une méningiome de la petite aile du sphénoïde (variété externe) de la grosseur d'une mandarine comprimant la partie antérieure du lobe temporal gauche. Guérison.

Dans une observation de Pœtzl (tumeur temporale gauche), il s'agissait d'aura hallucinaotire auditive avec, cette fois, paraphasie ; d'autre part, les hallucinations étaient à caractère palilalique.

Dans une autre observation rapportée récemment à la Société médico-psychologique par l'un de nous avec David et Sauguet, il s'agissait d'hallucinations auditives, verbales, survenant soit comme aura de crise épileptique, soit ultérieurement d'une manière isolée. Ce malade, porteur d'un gliome kystique de la partie moyenne de T 2, analysait remarquablement ses hallucinations de l'ouïe ».

Au cours de la première crise, il lui semble d'abord entendre des voix, puis « il sent » qu'il s'agit d'une conversation, enfin il identifie la voix de sa mère à ce qu'elle appelait son cousin par son prénom et à ce que la conversation familière et affectueuse portait sur un poste de T.S.F. Bien que les voix fussent perçues très distinctement, semblant venir de 10 mètres derrière lui, il ne peut répéter un seul mot, excepté le prénom de son cousin. Spontanément, il souligne que tout effort d'attention volontaire pour mieux percevoir les voix faisait baisser l'intensité de l'hallucination, alors que si l'attention s'en détourne, les voix deviennent assourdissantes.

Dans une deuxième phase, après un intervalle libre d'un an, les hallucinations deviennent moins distinctes, plus lointaines, présentant un caractère d'alternance d'intensité avec le bruit de fond des conversations de l'entourage, les unes gagnant en intensité lorsque l'autre décroît, et cela en fonction de l'effort d'attention que fait le malade pour saisir le sens des hallucinations.

Des troubles aphasiques se manifestaient aussi chez ce malade uniquement de manière paroxystique et en dehors des phénomènes hallucinatoires.

Comme dans notre première observation, fréquemment les bourdonnements précèdent l'hallucination auditive ainsi que l'avait déjà noté Courville, mais l'audition reste le plus souvent normale entre les paroxysmes hallucinatoires. (Notons d'ailleurs que Cushing ne disait avoir rencontré de surdité dans les tumeurs temporales que dans 5 cas sur 59 et de tintements d'oreille que dans 12 cas.) Cependant, dans le cas de Sérieux et Mignot (hallucinations auditives verbales et symptômes paralexiques par kystes hydatiques prédominant au niveau des deux lobes temporaux), il existait une surdité corticale.

L'association avec les hallucinations gustatives ou olfactives paraît exceptionnelle en dehors du « dreamy state » ; avec les hallucinations visuelles, elle est par contre assez fréquente, citons comme exemple ce malade d'Allen qui voyait son professeur en même temps qu'il en entendait la voix. La latéralité de l'hallucination auditive paraît sans valeur localisatrice ; nous voyons ainsi la malade de Moniz et Loff (volumineux astrocytome temporal gauche) entendre ses voix d'abord à droite puis à gauche ; il en était de même chez la malade de Pœtzl.

La reconnaissance de la nature pathologique de l'hallucination auditive est habituelle même lorsqu'il s'agit d'auras épileptiques. Cependant, dans plusieurs observations, nous apprenons que le sujet est persuadé de la réalité de ce qu'il a faussement perçu : tel était le cas de cette malade de Courville qui entendait le bruit d'une automobile et croyait par là à l'arrivée de son mari. Dans le cas de De Morsier cité plus haut, il y avait même retentissement sur le psychisme et apparition d'idées de persécution.

De l'exposé de ces faits, il nous paraît légitime d'admettre avec Courville la valeur localisatrice des hallucinations auditives dans les tumeurs temporales, mais en ayant bien soin de ne tenir compte que des cas où l'hallucination apparaît sans trouble mental associé important (1), sans gros signe d'hypertension. La note aphasique apparue en même temps que l'hallucination sera évidemment un signe excellent de localisation, mais l'hallucination auditive peut précéder les symptômes aphasiques (Kleist) et même ainsi isolée, elle doit faire suspecter l'origine temporale. Dans les deux cas rapportés par nous, le diagnostic de tumeur atteignant le lobe temporal fut fait sur ces auras. Aussi ne com-

(1) Nous ne croyons pas cependant qu'en présence d'un état psychotique chez un sujet suspect de tumeur cérébrale, l'origine temporale de l'hallucination auditive ne puisse être soupçonnée, mais comme nous désirons insister sur la valeur de localisation d'un tel trouble, nous ne pouvons nous y arrêter, car il est bien évident qu'à l'heure actuelle de tels cas ne peuvent donner aucune certitude.

prenons-nous pas les conclusions d'auteurs comme Keschner, Bender et Strauss qui pensent qu'en présence d'hallucinations auditives complexes, apparues avant tout signe d'hypertension intracranienne, il faille hésiter entre tumeur frontale et temporale.

Les traumatismes (Kleist, Foerster) les lésions vasculaires (Tamburini, Magalhoës Lemos, Albrecht, Kleist, etc.) des lobes temporaux peuvent aussi produire de tels phénomènes. Rappelons également les expériences de refroidissement au chlorure d'éthyle (Hoff et Silbermann), les excitations électriques (Fœrster, Penfield) de la région temporale qui ont déterminé l'apparition d'hallucinations auditives élémentaires ou verbales, d'écho de la pensée même. Tout ceci forme un faisceau d'arguments en faveur de l'assertion de Courville.

Ajoutons enfin, pour terminer, qu'en dehors des hallucinations auditives, les tumeurs temporales peuvent produire des modifications de la tonalité ou de l'intensité des sons (Penfield, Barré, Vincent et Halle), de l'hyperacousie (Pœtzl).

Les hallucinations olfactives et gustatives

Lés hallucinations olfactives et gustatives constituent pour Rowe un des meilleurs signes de localisation des tumeurs temporales traduisant l'atteinte du gyrus uncinatus. Elles ont cependant été signalées au cours des tumeurs frontales. Mais il semble qu'elles apparaissent plus souvent alors au milieu d'états psychiques complexes ; on comprend en outre qu'une tumeur frontale basale soit susceptible de comprimer le gyrus unciné. La valeur des hallucinations olfactives dans les tumeurs temporales a été reconnue par nombre d'auteurs. Elles se présentent soit isolées et quasi permanentes (tel était le cas du malade de Jameison et Henry qui disait avoir un cancer dans le cerveau), soit isolés comme auras épileptiques, soit associées à d'autres symptômes constituant alors le premier signe d'un « dreamy state ».

Elles sont surtout fréquentes dans ce dernier cas ; cependant Kirschner, Bender et Strauss disent les avoir rencontrées 7 fois sur 9 en dehors du « dreamy state ». Dans une observation de M. David et Askenazy, une odeur repoussante, fétide, non comparable à quelque chose de connu, toujours la même, survenait subitement avec des caractères d'équivalent épileptique (méningiome de la petite aile comprimant le gyrus uncinatus).

Chez un de nos malades porteur d'un volumineux gliome temporal gauche, une « mauvaise odeur » était perçue à la fin de crises B. J., s'accompagnant souvent de jargonaphasie et de surdité verbale transitoire. C'est une « odeur indéfinissable » qu'il dit cependant connaître. Au début, il cherchait même l'origine de cette odeur et interrogeait l'entourage pour essayer d'en préciser le caractère.

Il s'agit presque toujours d'odeurs repoussantes, désagréables : pétrole, vinaigre, pourri, odeur fécaloïde ; assez souvent, peut exister ce caractère ineffable de l'hallucination : c'était « quelque chose d'un autre monde que je ne peux décrire » dit une malade de Cushing de l'odeur perçue. C'est presque toujours la même odeur qui apparaît à chaque crise.

La sensation peut être si intense qu'elle entraîne des mouvements de dégoût des narines et des lèvres. Malgré cela, le caractère pathologique en est presque toujours reconnu.

Les hallucinations gustatives sont moins fréquentes. On les a décrites surtout avec le « dreamy state » presque toujours associées avec les hallucinations olfactives. Cependant on les rencontre isolées quelquefois : un malade de Cushing percevait subitement « un goût de pippermint ».

L'hallucination gustative associée à des mouvements de déglutition et à des hallucinations auditives et verbales constitue la triade de Bornstein dont la présence indiquerait avec certitude, d'après De Morsier, une lésion située à cheval sur la scissure de Sylvius au niveau de l'opercule rolandique. Fœrster a d'ailleurs pu la recréer par électrisation de la partie inférieure de PA et de la région adjacente de TI.

Les hallucinations tactiles, cœnesthésiques et du schéma corporel

Les hallucinations tactiles et cœnesthésiques sont peu fréquentes dans les tumeurs cérébrales. Citons le cas du malade de Sciammana et Potempki, rapporté par Baruk, qui avait la sensation d'un rat passant de la commissure latérale droite au zygoma au cours de l'évolution d'une tumeur rolandique, celui du malade de Bianchi, qui éprouvait, outre des hallucinations visuelles et auditives, des hallucinations cœnesthésiques, se plaignait d'angoisse et de malaise cardiaque, d'irrégularité respiratoire.

Les troubles du schéma corporel revêtent une grande valeur dans les tumeurs comme dans toute autre étiologie, mais seules peuvent entrer dans une étude sur les hallucinations, les membres fantômes, les sensations fausses de déplacements des membres.

Cependant, il est à noter que les troubles négatifs tels que l'inconscience d'une partie du corps peuvent aboutir à une véritable hallucination lorsque le patient, non seulement nie l'appartenance de son côté, mais l'attribue à un autre individu ou même considère qu'il s'agit de quelque animal étrange. Aussi serons-nous forcés d'en dire brièvement quelques mots.

Les illusions de déplacement ou de transformation corporelle n'ont guère été signalées dans les tumeurs. Citons le cas rapporté par Magalhaës Lemos en 1898 : auras épileptiques pendant lesquelles le malade éprouvait une sensation de distorsion du pied et de la jambe gauche. L'autopsie révéla une tumeur pariétale droite.

Baruk signale, au cours de l'évolution d'un angiome pariéto-temporal droit, vérifié opératoirement, outre des migraines avec paresthésies et des attaques convulsives B. J., l'apparition de crises du type suivant : le malade ne sent plus sa main gauche et doit s'assurer par la vue qu'elle est encore là, en même temps qu'il éprouve une impression de ne plus être maître de lui. De plus, il croit exécuter des gestes avec cette même main alors que celle-ci est immobile.

Une malade de Lhermitte, Riser et Cayral avait soudainement l'impression que son bras gauche devenait très long, s'étendait jusqu'à ce que le bout des doigts touchât le mur éloigné d'elle. « C'est surtout la main qui s'allonge, disait-elle... les doigts sont comme des pattes minces et allongées... le bras demeure dans sa forme... » Cette malade, qui présentait en outre des crises épileptiques typiques, ressentait ces phénomènes en pleine conscience en dehors des crises et pendant une durée d'environ une minute. L'autopsie montre la présence d'un tuberculome au niveau du pied d'insertion de FI sur FA à droite, c'est-à-dire au niveau du centre des mouvements de la main.

Des phénomènes de ce genre ont été plus souvent décrits au cours des auras de l'épilepsie essentielle ou post-traumatique (1).

Par contre, les phénomènes à type d'hémiasomatognosie ou d'anosognosie sont plus souvent signalés au cours des tumeurs presque toujours pariétale droite, bien qu'il existe des cas par lésion de la pariétale gauche (Victoria et Balado) ou bien par tumeur thalamique (Van Bogäert, Stockert).

Ce sentiment de non appartenance d'un côté du corps peut survenir au cours d'une aura épileptique ou comme accident post-comitial. (Le malade de Stockert avait l'impression, après une série d'absences épileptiques, que la moitié gauche de son corps lui manquait et le constatait même par la vue. De plus, la moitié droite du corps manquait aux gens qu'il regardait. S'il se regardait dans la glace, c'était alors aussi la partie droite de son corps qui faisait défaut. C'est surtout dans les lésions vasculaires qu'ont été signalés de véritables états délirants à partir de l'hémiaomatognosie, cependant c'est au cours d'une hémiplégie par tumeur cérébrale qu'Ehrenwald a constaté un état de dépersonnalisation identique, dit-il, à ceux qu'on peut constater au cours des délires hypocondriaques. La malade nia d'abord la réalité de ses menstruations et bientôt déclara que tout son corps était pourri, pour arriver enfin aux idées de négation corporelle totale.

Bien que la littérature sur les hallucinations du schéma corporel au cours des tumeurs soit encore assez peu abondante, leur présence garde une très grande valeur de localisation. Cependant nous l'avons vu, des observations tendraient à prouver que des troubles du schéma corporel, tels membres fantômes, sensation de déplacement d'une partie du corps, hémiasomatognosie, pourraient survenir au cours d'atteinte non certicale. Mais Van Bogaërt pense que dans les cas où le thalamus ou même des afférences plus bas situées sont atteintes, il s'agirait surtout d'algo-hallucinose, voulant signaler par là que le sujet perçoit le membre fantôme sous forme algique et ne méconnaît pas le caractère illusoire de sa perception.

Quant à l'anosognosie par lésion thalamique, elle serait transitoirement et péniblement consciente, la moitié corporelle oubliée réapparaissant à la conscience comme uno présence étrangère, tandis qu'en cas de lésion corticale isolée, l'anosognosie est muette, c'est-à-dire que la dimidiation corporelle est totale.

Conclusions :

Ce n'est que par l'étude des observations elles-mêmes et non par les statistiques publiées qu'il est possible de se faire une opinion sur la valeur des hallucinations en tant que signes focaux.

Si par exemple nous prenons la statistique apportée par Jameison et Henry, comportant 26 cas de T. C. avec troubles mentaux, nous trouvons des phénomènes psycho-sensoriels dans 13 cas, mais sur ces 13 cas, dans 2 (observ. 21 et observ. 26) il s'agissait de tumeurs multiples ou généralisées, dans 3 cas

(1) Cf. Marchand et Ajuriaguerra. Des troubles du schéma corporel au cours des accidents épileptiques (*Soc. Méd. Psych.*, 18 mars 1940.)

(observ. 19, 22, 23) les hallucinations auditives étaient en rapport avec une psychose évoluant depuis de nombreuses années avant l'apparition des signes de tumeur, dans 4 autres cas (observ. 3, 7, 8, 11) on était en présence de phénomènes oniriques avec confusion marquée. Dans 2 autres cas, il y avait concordance entre le siège de la lésion tumorale et le caractère de l'hallucination ; ainsi dans l'observ. 9 il s'agissait d'hallucinations olfactive par gliome du lobe temporal droit et dans l'observ. 24 d'hallucinations auditives (chants, musique) par endothéliome du lobe temporel gauche.

Enfin, les 2 observ. 10 et 12, d'où on pourrait peut-être tirer argument contre la concordance entre zone sensorielle et nature de l'hallucination, sont cependant discutables. Qu'on en juge : cas n° 10, hallucinations auditives verbales et visuelles ; gliome du ventricule latéral droit ; il existait en outre une hydrocéphalie interne chronique ; cas n° 12, hallucinations auditives au milieu d'un état dépressif accentué avec auto-accusation, nerveuse, B W + dans le sang, 34 éléments dans le L C R, gomme du lobe gauche du cervelet.

Tandis que Jameison et Henry concluent à l'absence de valeur localisatrice des hallucinations, nous sommes en droit, d'après leurs cas eux-mêmes, on le voit, de les contredire. Strauss et Keschner, seuls ou avec Bender, étudiant les tumeurs frontales et temporales, aboutissaient à des conclusions identiques à celle de Jameison et Henry et pensaient que l'hallucination relevait, soit d'une grande extension de la tumeur, soit de phénomènes d'hypertension marquée. Les nombreux cas positifs rapportés ont en vue un matériel où trop souvent il s'agit de tumeurs fronto-temporales plutôt que frontales ou temporales pures. Kennedy, dans la discussion de leur première communication, s'étonnait de leur pourcentage élevé d'hallucinations au cours des tumeurs du lobe frontal et insistait au contraire sur leur extrême rareté dans les tumeurs limitées à ce lobe (affirmation qui nous a paru tout à fait justifiée), alors que ces tumeurs sont les plus riches en autres troubles mentaux.

Quant à la statistique de Campana, défavorable aussi pour la valeur focale des hallucinations, il est difficile d'en tirer argument, étant donné la brièveté des observations fournies. La fréquence de l'onirisme confusionnel dans les tumeurs de la base est cependant à noter (3 cas sur 6). Les 4 cas de Baruk ayant présenté des hallucinations se présentent ainsi : dans l'observ. 12 (tumeur envahissant les 2 lobes frontaux et le corps calleux), quelques hallucinations visuelles auraient été notées par la famille, dans l'observ. 13, il s'agit d'onirisme au cours de l'évolution d'une tumeur fronto-calleuse, l'observ. 27 concerne les hallucinations lilliputiennes déjà signalées, dans l'observ. 28, il s'agit probablement de « dreamy state » au cours d'un gliome envahissant tout l'hémisphère droit.

De telles statistiques ne semblent pas aller contre la valeur de localisation des hallucinations dans les T. C. à condition d'éliminer les faits d'onirisme (1) et les cas où il existe un syndrome d'hypertension, soit de la présence d'états convulsifs, mais ils tranchent la question au contraire en sa faveur, semble-t-il.

Cependant le problème n'est pas par là résolu, car d'autres auteurs comme Baruk, qui ont reconnu aux hallucinations la valeur de signes focaux, font cependant une distinction entre celles qui entraînent la croyance, s'intriquant avec les troubles du courant de la pensée et pouvant apparaître au cours des T. C. mais sans valeur localisatrice et les hallucinoses sensorielles que le malade critique et qui représentent des signes neurologiques. Ey, comme nous le disions au début, a amplifié cette distinction tout en rejetant le critère de la croyance. Il admet que seuls les troubles psycho-sensoriels dont l'apparition n'entraîne aucun bouleversement de la personnalité, permettent un diagnostic de localisation : ce sont les hallucinoses troubles neurologiques qu'il oppose aux hallucinations véritables. De Morsier, à l'encontre, fidèle partisan des théories de De Clérambault, ne fait aucune distinction de nature entre ces phénomènes psychosensoriels et les intègre tous dans le domaine de la neurologie.

Sans vouloir prendre parti ici dans un débat doctrinal et en nous tenant sur le simple plan clinique, nous pensons être en droit de soutenir que l'hallucination représente un signe focal que le sujet croit ou non en sa réalité, que la personnalité s'en trouve modifiée ou non, à condition qu'il n'existe pas de signes d'hypertension intracranienne trop accusés ou qu'il ne s'agisse pas d'hallucinations oniriques. Des observations comme celles de Cushing et d'Horrax plus haut citées à propos des hallucinations visuelles, de De Morsier à propos des hallucinations auditives, fournissent des arguments difficiles à rejeter.

Citons encore cette très belle observation de L. Van Bogaërt qui montre ce passage de l'hallucinose à l'hallucination, à la faveur d'une baisse de la concentration mentale et de l'anxiété.

Chez un sujet présentant quelques signes d'hypertension intracranienne depuis 4 à 5 mois, se manifestent des hallucinations visuelles lilliputiennes dont le malade reconnaît spontanément l'origine morbide. Il signale l'aspect cinématographique de ces phantasmes hallucinatoires, leur absence de relief, et surtout la transparence et le caractère immatériel de la vision. Ces hallucinations se reproduisent à plusieurs reprises avec les mêmes caractères pendant deux mois. Puis survient un ictus avec violent état d'excitation coléreuse, puis de dépression avec anxiété et obnubilation. Les hallucinations lilliputiennes réapparaissent, mais cette fois il est la proie de ces phantasmes : les petits hommes viennent pour l'enfouir; pour lui signifier que la mort est là, il veut avec force les écarter, tente de s'enfuir, etc. Puis apparut un état de torpeur jusqu'au décès.

L'autopsie révéla un énorme gliome de l'hémisphère gauche dont la masse principale occupait la région pariéto-occipitale. Aussi est-ce bien plus dans l'esthésie qu'il nous paraît logique de rechercher le critère propre à discerner l'hallucination relevant des lésions locales grossières que dans la modification de la personnalité. Comment d'ailleurs admettre qu'une lésion focale provoquant un phénomène psycho-sensoriel même du type de l'hallucinose, ne déterminerait que ce trouble déjà si complexe sans qu'en même temps l'organisme tout entier n'en soit pas modifié ? La modification si intense du psychisme que détermine le « dreamy state » par exemple, ne peut pas rester uniquement localisée à la courte période paroxystique.

La personnalité du sujet qui perçoit, tout en le critiquant plus ou moins, un phantasme hallucinatoire ne peut plus être considérée comme identique à ce qu'elle était avant la fausse perception. L'organisme réagit toujours comme un tout, comme Goldstein nous a appris à le reconnaître. Donc tout au plus une différence de degré et non de nature pourrait être établie entre hallucinose et hallucination prises au sens où l'entend Ey.

Certes, du point de vue clinique, nous ne voulons pas conclure qu'une psychose avec hallucinations permette d'admettre une lésion organique grossière des zones de projection sensorielle ou des voies afférentes centrales. Tout en reconnaissant que l'hallucination dans les tumeurs se présente surtout sous forme « hallucinosique » et ne peut posséder une valeur *certaine* de localisation que sous cette forme, nous pensons que l'atteinte des zones corticales de projection sensorielle est susceptible de déterminer des phénomènes hallucinatoires s'accompagnant du bouleversement de la personnalité comme ceux que l'on constate en clinique psychiatrique.

Travail du service du Dr David,
Hôpital militaire du Val de Grâce.

(1) Il est cependant possible que l'onirisme par lui-même traduise une atteinte régionale précise (mésodiencéphalique), mais rappelons-nous que toute toxi-infection est aussi susceptible de le déclencher. D'autre part, la présence d'un état confusionnel accusé chez un malade ne permet plus de se rendre compte de quel type d'hallucination il s'agit. Fussent-elles primitivement dues à l'atteinte des voies sensorielles ou de leur projection corticale, il devient impossible de les utiliser comme signes focaux si leurs caractères sont trop masqués par l'état confusionnel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

28 *novembre.* — M. Thillaye du Boullay. — La paralysie générale à évolution suraiguë.

M. Haye. — La lumière bleue dans les douleurs névralgiques.

M. Martin (Jean). — Résultats comparés et indications respectives des divers traitements des arthroses de la hanche.

M. Villaine. — Des exanthèmes au cours de la mononucléose infectieuse.

M. Leissen. — Des myélites infectieuses aiguës.

Mlle Grall. — Des grossesses dites prolongées.

M. Faucheur. — A propos de la phrénicectomie chez les adolescents.

29 *novembre.* — M. Montagne. — Du rôle de certains camphosulfonate dans l'anesthésie.

M. Pimpaneau. — Diagnostic des réticulopathies à localisation oculaire ou oto-rhino-laryngée.

M. Prévost. — Etude des cataractes noires.

5 *décembre.* — Mme Raimbourg. — Considération sur la psychothérapie dans les maladies mentales.

M. Quidet. — Pseudobotrymycome et traitement, par la radiothérapie.

M. Bizot. — Notions étiologiques et thérapeutiques nouvelles sur la phlébite.

M. Péron. — Contribution à l'étude du choc obstétrical.

M. Barbier. — Cholestérol dans la tuberculose pulmonaire, élément du pronostic.

M. Roth. — Pronostics et traitements des étranglements herniaires.

M. Lyvory. — Végétations adénoïdes et radiothérapie.

LE JUBILÉ PROFESSORAL DU MÉDECIN GÉNÉRAL INSPECTEUR H. VINCENT

Le 5 janvier, au Val-de-Grâce, a été célébré le Jubilé d'Enseignement au Val-de-Grâce, du Médecin Général Inspecteur Hyacinthe VINCENT, professeur honoraire au Collège de France, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine.

M. Michelet, ministre des Armées, ouvrit la séance en apportant l'hommage d'une magnifique citation à l'ordre de la nation à l'illustre savant que le gouvernement a tenu à honorer.

La vaste et noble salle Laveran était trop petite pour recevoir toute l'assistance. Auprès du ministre et d'un représentant du général de Gaulle, à son grand regret absent, siégeaient sur l'estrade: le général Le Gentilhomme, gouverneur de Paris, le médecin général inspecteur Rouvillois, le médecin général Debenedetti, M. Georges Brouardel, président de l'Académie de Médecine et le président de l'Académie des Sciences, le professeur Cartan, le professeur Faral, directeur administratif du Collège de France. Le recteur Roussy, le prince Louis de Broglie, M. Justin Godard, le Dr Cavaillon, secrétaire général à la Santé publique et de très nombreuses personnalités scientifiques et médicales ; le Corps de Santé des colonies de l'air et de la marine ainsi que les jeunes élèves du service de santé étaient venus apporter leur hommage au maître.

Le médecin général inspecteur ARÈNE exprime la reconnaissance du Val-de-Grâce. Les travaux bactériologiques et cliniques du professeur H. VINCENT, son enseignement dans la chaire d'Epidémiologie, lourde succession recueillie en 1896, dont il réussit pourtant à accroître encore le prestige, se complétèrent au dehors par une influence et une action personnelles où il apporta une foi et une véhémence d'apôtre.

A son tour, M. Georges BROUARDEL témoigne de la précoce notoriété qui, dès le début de sa carrière de médecin militaire, à Alger, vint entourer le professeur H. Vincent ; son service à l'hôpital du Dey recevait déjà de flatteuses visites et, dès 1907, l'académie appelait à elle un très jeune médecin principal ; à son rang actuel de Doyen de la Compagnie, il n'a rien perdu de sa jeunesse d'hier.

M. CARTAN, président de l'Académie des Sciences, retrace brièvement les découvertes majeures par lesquelles le professeur H. VINCENT a enrichi le savoir humain et glorifié sa patrie, depuis 1896 où il décrivait l'angine de Vincent jusqu'aux présents jours où il poursuit les études sur les affections typhoïdes auxquelles, dès 1911 et 1912, les épidémies du Maroc et d'Avignon apportaient une vérification triomphale. Cette évocation par la voix d'un mathématicien illustre, témoigne irréfutablement d'un retentissement qui dépasse de loin la célébrité professionnelle. C'est ce qui permit au professeur H. VINCENT, trop tôt rejoint par l'âge de la retraite, de se voir offrir, en 1925, par le Collège de France, une chaire d'Epidémiologie pour lui créée ; le Val-de-Grâce lui conservait en même temps le laboratoire que ses travaux avaient illustré, hommage de reconnaissance et justice rendue à la fois.

Le Médecin Général Inspecteur JAME rappelle, en effet, fort opportunément que le recul durant les deux guerres mondiales des épidémies qui avaient toujours accompagné les guerres du passé était dû entièrement et uniquement aux travaux du professeur H. VINCENT et à son action personnelle, persévérante et judicieuse. Foch et Joffre ont maintes fois témoigné de son influence incontestable sur la victoire finale, ils ont reconnu que le professeur H. VINCENT en avait été l'un des principaux artisans. Les études poursuivies depuis sont riches de promesses et les résultats des sérothérapies antigangréneuse et anticolibacillaire, sont des réalisations qui permettent dans d'autres domaines les plus beaux espoirs. Expérience et pénétration hors de pair ne laissent aucun risque de déception.

Il est donc heureux comme l'a bien dit le professeur FARAL, que par l'accession au Collège de France, une retraite pleine d'honneur, se soit transformée en un nouvel et magifique essor.

Par delà l'épidémiologie de guerre, les travaux de l'enseignement du professeur H. VINCENT ont édifié une médecine sociale à qui des millions d'hommes déjà ont dû la vie et qui fait de ce maître une gloire pour son pays et un bienfait pour l'humanité. Le médecin général DEBENEDETTI eut donc la tâche aisée pour célébrer, dans une allocution à la fois brillante et d'une haute inspiration, la formation du médecin militaire français et l'Ecole du Val-de-Grâce ; le professeur H. VINCENT lui apporte une gloire nouvelle et un supplément d'autorité.

M. H. VINCENT se lève au milieu d'une ovation et, d'une voix au timbre vibrant, esquisse brièvement les travaux du passé et les réalisations qu'il prévoit et prépare, se montrant bien tel qu'on l'attendait, plein d'une jeunesse et d'une foi que les plus jeunes et de moins glorieux lui envieraient à bon droit. Grand serviteur de la France dans la lutte, la victoire ou l'épreuve comme dans le renouveau, bienfaiteur aussi de l'humanité, égal aux plus grands.

Un concert de haute valeur artistique, l'inauguration d'un buste du professeur H. VINCENT et d'une salle de musée consacrée à son œuvre marquèrent la clôture de cette belle cérémonie.

R. L.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Prix et subventions attribués en 1945

Chimie : PRIX EMILE JUNGFLEISCH (50.000 fr.), au professeur Henri Hérissey, pour l'ensemble de ses travaux de chimie organique.

Botanique : PRIX MONTAGNE (5.000 fr.), à M. Maurice Langeron, pour son *Précis de mycologie*.

Médecine et Chirurgie : PRIX MONTYON. Deux prix de 6.000 francs sont décernés : l'un au professeur Henri Bénard (Paris), pour ses recherches sur la physio-pathologie du foie et de la rate, l'autre à MM. Raymond Garcin (Paris), et Jean Guillaume (Paris), pour leur *Traitement des blessures et des lésions traumatiques cranio-cérébrales récentes*. — PRIX BARBIER (5.000 fr.), à MM. Jean Creyssel (Lyon) et Pierre Suire (Niort), pour leur ouvrage intitulé : *Choc traumatique ; Etude clinique, physiopathologique et thérapeutique*. — PRIX BRÉANT (20.000 fr.), à MM. Jacques Genevray, Louis Sonchard et Jean Raynal (Instituts Pasteur de Hanoï, Dalat [Annam] et Shanghaï, Jean Guillerm Instituts Pasteur d'Indochine), Jean Gallut (Institut Pasteur de Hanoï), pour leurs recherches sur le choléra en Indochine en 1937-1938. — PRIX DUSGATE (7.500 fr.), à M. Maurice Aubry (Paris), pour son ouvrage intitulé : *Oto-neurologie*. — PRIX BELLION (4.000 fr.), à M. Henri Bayle (Paris), pour sa contribution à l'étude de la stérilité chez l'homme et son traitement. — PRIX ARGUT (3.000 fr.), à M. Nguyen-van-Thoai (Marseille), pour ses recherches sur les phosphates. — PRIX JEAN DAGNAN-BOUVERET (10.000 fr.), partagé entre M. Pierre Cazal, pour son ouvrage intitulé : *Un nouvel aspect de la médecine tissulaire : Les réticulopathies et le système réticulo-histiocytaire*, et M. Charles Jaulmes, médecin lieutenant-colonel, pour ses recherches sur les exercices physiques et les rations alimentaires.

Cancer et Tuberculose : PRIX EUGÈNE ET AMÉLIE DUPUIS (7.000 fr.), à M. Antoine-Camille Maclouf, pour ses recherches sur la tuberculose.

Physiologie : PRIX MONTYON (6.000 fr.), à M. Bernard Natali-Halpern, pour son travail sur les antihistaminiques de synthèse. — PRIX FANNY EMDEN (5.600 fr.), à M. Daniel Bargeton (Paris), pour ses études sur le travail musculaire.

Prix généraux : PRIX PARKIN (9.000 fr.), à M. Robert Tiffeneau (Paris), pour ses recherches sur les aérosols pharmacodynamiques. — PRIX LONCHAMPT (6.500 fr.), au professeur Philippe Lasseur (Nancy), pour ses travaux sur la culture des bactéries en milieux définis et l'influence de certains métaux sur leur fonctionnement physiologique. — PRIX DU GÉNÉRAL MUTEAU (25.000 fr.), au professeur Roger Heim, pour ses travaux de mycologie et phyto-pathologie tropicales. — PRIX LAURA MOUNIER DE SARIDAKIS (16.500 fr.), au professeur Antoine Lacassagne (Paris), pour ses travaux de radiophysiologie expérimentale. — PRIX MARIE-GUIDO TRIOSSI (60.000 fr.), au professeur Emile Jeanbrau (Montpellier), pour l'ensemble de ses travaux sur les transfusions sanguines.

Fonds généraux de Recherches scientifiques : FONDATION LOUTREUIL. Deux subventions sont accordées : 3.000 francs au professeur François Maignon (Alfort), pour la poursuite de ses travaux sur l'explication fermentaire de l'anaphylaxie et son application à une nouvelle méthode générale de traitement des maladies microbiennes, notamment de la tuberculose ; 5.000 francs au professeur Charles Sannié, pour l'achat de 10 années de *Biochemical Journal* pour la Bibliothèque du Laboratoire de Chimie.

Fondations spéciales : FONDATION GIRBAL-BARAL. Deux allocations de 10.000 francs sont attribuées : à M. Pierre Guimard, étudiant de 2e année et à M. Jean Lespargot, étudiant de 3e année à la Faculté de Médecine de Paris.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre 1945

A propos du pincement de la tête de l'épididyme dans les tumeurs des testicules. — M. Chevassu s'est toujours trouvé satisfait de l'empoi de ce procédé.

A propos du traitement du cancer de la prostate par les œstrogènes. — M. Rouhier a observé un résultat très favorable.

Essai de simplification de la technique de l'enclouage dans les fractures du col du fémur. — M. Chaton. — Lecture de M. Huet. L'auteur repère en radioscopie les axes du col et de la diaphyse. Puis il enfonce une broche.

M. Mathieu estime que tous les procédés sont bons pourvu que la réduction soit correcte. Il rappelle qu'il existe de temps à autres des fractures irréductibles. Chez les malades jeunes l'arthrotomie est indiquée. Chez les patients plus âgés il faut, malgré cela, faire l'enclouage non pour permettre la marche mais pour sauver la vie.

Procédé plastique nouveau pour le recouvrement des moignons d'amputation. — M. Rapin (Genève). — Rapport de M. Sorrel.

Projection d'un film sur le traitement esthétique des brûlures. — M. Convers rappelle d'abord les diverses phases évolutives d'une brûlure étendue. Schock avec exémie plasmatique, toxémie septique, inanition, réparation. Puis il expose les principes du traitement à la main : pas de tannage. Nettoyage soigneux avec excision des phlyctènes. Pansement compressif avec élévation de la main. Greffe précoce enfin. Le dermatome de Padgett-Hood aide beaucoup à l'exécution de celles-ci en permettant de prélever une épaisseur déterminée de la peau. Une greffe subtotale permettra, au besoin, plusieurs prélèvements successifs au même endroit. La récupération doit enfin être aidée par des massages et une mobilisation intelligente.

Hypertension artérielle permanente chez un malade atteint de rein polykystique. — M. Weiss.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 30 novembre 1945

Les formes difficiles de l'amibiase et du paludisme : réactivation thérapeutique. — M. Parvès déclare que l'on peut réactiver des affections par l'injection d'émétine et de cacodylate de soude dans les veines, et que l'injection intra-veineuse d'émétine et de strychnine fait apparaître des accès secondaires de paludisme.

Un cas d'intoxication novarsénobenzolique. — M. Parvès. — Un cas de pigmentation du visage autour des yeux après traitement par novarsénobenzol.

Impédance cutanée des eczémateux mesurée en courant alternatif de basse fréquence. — M. Gougerot. — L'angle de base est abaissé dans les lésions d'eczéma en activité. Chez les malades en voie de guérison : deux évolutions possibles, l'angle de base peut remonter à une valeur normale ou conserver une valeur basse, cet abaissement peut témoigner d'une baisse de la résistance électrique propre de la peau.

SOCIETE DE MEDECINE MILITAIRE FRANÇAISE

Séance du 8 novembre 1945

Présentation d'un nouvel appareil de repérage et de guidage pour l'extraction des projectiles. — M. Rescanières.

A propos de la plasmathérapie. — MM. Jame et Demanche. — Les expériences entreprises par les auteurs en 1939-1940, au Laboratoire Central du Val-de-Grâce, sur la valeur du plasma sanguin pour le traitement de l'anémie aiguë post-hémorragique chez le chien, leur ont permis de dégager les conclusions suivantes :

1° L'efficacité du plasma, comparable à celle du sang total, est supérieur à celle des sérums artificiels ;

2° Le plasma de cheval conserve longtemps ses propriétés et est bien supporté après un délai de trois mois ;

3° Le plasma de cheval, bien toléré par l'animal non sensibilisé, ne peut être utilisé systématiquement chez l'homme, celui-ci pouvant se trouver sensibilisé par des injections antérieures de sérum thérapeutique d'origine équine, d'où la nécessité de recourir à un auto-plasma.

Les succédanés alimentaires et la santé publique. Rôle éducatif des sanitaires. — M. Bruère. — L'auteur renouvelle le vœu déjà exprimé à la Société de Pharmacie de Paris, de voir cesser, sans espoir de retour, ces fabrications qui se sont développées outre mesure, en France, depuis l'armistice de 1940, notamment des pseudo-huiles pour assaisonnements, des boissons édulcorantes et renfermant des colorants d'aniline, des essences artificielles, de la saccharine, etc...

Intérêt de l'électro-encéphalographie en milieu militaire. — MM. Charlin et P. Passouant. — Les indications de l'électro-encéphalographie en milieu militaire concernant surtout l'étude de l'épilepsie, des traumatismes cranio-cérébraux et la localisation des tumeurs cérébrales. Dans l'armée, l'intérêt médico-légal de cet examen mérite d'être souligné dans le diagnostic d'une crise nerveuse et dans l'étude des suites des traumatismes cranio-cérébraux. Le tracé électrique ne doit pas, par lui seul, entraîner une conclusion formelle. Il doit être considéré comme une note d'objectivité étayant une décision diagnostique ou médico-légale.

Thérapeutique chirurgicale par le froid. — M. Durieux. — Dans les amputations, la méthode agit comme anesthésique n'aggravant pas le shock et comme facteur de lutte contre l'infection. Dans quelques affections d'ordre médical des résultats intéressants ont été enregistrés.

Plaies sèches des gros vaisseaux. — M. Leitner.

Les zonites, à propos de trois observations. — MM. Marot et Teil.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 27 octobre 1945

Premiers résultats de la radiothérapie des cancers avec désensibilisation de la peau. — M. Pierre Lehmann. — La tolérance de la peau aux rayons X peut être doublée, et même triplée avant chaque séance. Des facteurs généraux agissent également sur la radiosensibilité ; elle est augmentée par les carences alimentaires et diminuée par l'ingestion d'extrait de muqueuse pylorique et de vitamines. Les doses massives de rayons que ces artifices rendent possibles permettent des reconstructions de métastases osseuses, des disparitions de tumeurs volumineuses, des régressions de tumeurs peu radiosensibles. Un foyer ainsi irradié paraît définitivement cicatrisé et ne se réveille pas en cas de métastases ultérieures.

Priorité. — M. Klotz-Guérard présente une note relative à ses recherches sur l'action des moisissures sur le B. K. publiées à la Société de Médecine de Paris en 1908.

Le forage de la prostate. — M. Georges Luys présente l'intéressant récit d'un voyage aux Etats-Unis effectué par le Dr Louis Escande (de Béziers) ayant eu pour but l'étude des différents procédés opératoires destinés à combattre l'hypertrophie de la prostate.

S'étant rendu successivement à New-York, à San-Francisco et surtout à la Clinique Mayo de Rochester, l'auteur est revenu de son voyage avec la conviction ferme et absolue que le forage fait à sec est de beaucoup supérieur à la résection endoscopique pratiquée dans l'eau.

Avec le forage de la prostate, les risques opératoires sont nuls et les résultats sont constants et durables.

Les trachéites spasmodiques hypertensives. — L. Michelet. — L'auteur décrit certaines formes de trachéites spasmodiques évoluant avec une poussée transitoire d'hypertension. Ce spasme artériel associé commence avec la poussée de trachéite et cesse avec la guérison de celle-ci. L'évolution est d'environ trois à quatre semaines. Le traitement symptomatique réside dans l'utilisation des hypotenseurs habituels (trinitrine, gardénal, iodure, etc.), et non dans les sédatifs de la toux qui, eux, n'influencent pas ces formes de trachéites. Les trachéites spasmodiques hypertensives sont fréquemment associées à l'asthme. Elles sont également le prodrome avertisseur de l'hypertension permanente.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 19 octobre 1945

Présidence du Dr Luquet. — Le président souhaite la bienvenue au Dr Diamant-Berger qui, déporté, rentre de captivité.

Décès de M. Armingeat. — La séance est levée en signe de deuil.

A propos de l'endométriose. — M. L. Bovier.

La résection arthroplastique au coude après les plaies de guerre. — M. Dupuy de Frenelle. — A la suite d'un traumatisme, d'un fracas osseux important ou d'une blessure de guerre, la résection permet d'obtenir un coude mobile solide, non douloureux, à la condition de pratiquer la résection du bloc osseux sur place, sans chercher à extérioriser les fragments désengrenés, de conserver les ligaments latéraux avec leur insertion supérieure et de pratiquer, en terminant, une interposition musculaire réalisée à l'aide d'un lambeau pédiculé prélevé aux dépens de la face profonde du triceps. L'auteur apporte huit observations et radios montrant les résultats que l'on est en droit d'obtenir par cette technique.

Malformation tibio-tarsienne (type Wolkmann). — M. Masmonteil rapporte le cas d'un pied valgus congénital droit conditionné par une sub-luxation et une bascule de l'astragale en dehors, à la faveur d'un décollement épiphysaire avec déplacement en arrière de la malléole externe.

Après avoir montré que cette malformation, banale en elle-même, mais originale par sa congénitalité, devait entrer dans ce cadre assez disparate créé par Bidder « des malformations tibio-tarsiennes de Wolkmann », il nous présente une technique opératoire censurée par un excellent résultat jugé avec 14 ans de recul.

Préférant à une ostéotomie basse du squelette jambier une intervention sur le tenon astragalien, il pratique, sur une enfant alors âgée de 10 ans, une astragalectomie avec solidarisation à l'aide de câbles d'acier Krupp, du tibia, du calcanéum et du scaphoïde, câbles qui jouèrent le rôle de véritable ligament latéral interne.

Actuellement, cette jeune fille mène une vie absolument normale, elle ne souffre pas et ne présente qu'une légère boiterie en rapport avec un raccourcissement de 4 cm. du membre inférieur.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 16 octobre 1945

Hérédo-syphilitique intolérant à l'arsenic et au bismuth. Amélioration par la pénicilline. — MM. Cathala, A. Lignière et Vichau.

Un cas d'anémie dû au lait de chèvre. — MM. Bonduelle et Bailly présentent un nourrisson exclusivement nourri au lait de chèvre, qui présenta à partir du 6e mois des troubles digestifs, puis une pâleur intense avec chute des hématies à 1.600.000. 5 transfusions de 20 cc. et un régime équilibré firent disparaître la fièvre et les œdèmes et remonter les hématies à un taux normal. Il faut peut-être invoquer en pareil cas le rôle d'un facteur tropho-toxique du lait de chèvre.

Les cas de négativation des réactions tuberculiniques chez les écoliers de Neuilly. — MM. Troisier, Cayla et Macloup ont trouvé 8 négativations de cuti-réactions en l'espace d'un an sur 220 sujets à cuti positive. Dans 5 cas l'intradermo-réaction était elle-même négative.

La radiographie de ces 5 cas a révélé chez une fillette de 16 ans une calcification typique témoignant de la réalité et de l'importance d'une lésion tuberculeuse, malgré la négativation actuelle de ses épreuves tuberculiniques.

Anémie grave tardive du nouveau-né avec érythroblastose. Etude du facteur Rhesus. — MM. J. Marie, Sée, Bessis, Cluche et Guéniot ont observé chez un nouveau-né normal à la naissance, nourri au sein, une anémie intense qui serait apparue vers le 35e jour de la vie. Outre la pâleur, existe une splénomégalie modérée.

L'examen du sang confirme la gravité de l'anémie (1.650.000 G. R. ; 35 % d'hémoglobine) et montre une érythroblastose importante (16.968 par mmc. de sang), et une leucocytose importante avec équilibre leucocytaire subnormal.

La nature hémolytique est affirmée par l'hyperbilirubinémie.

La guérison fut rapidement obtenue : deux jours après la première transfusion, l'érythroblastose sanguine avait totalement disparu et le taux des hématies avait augmenté d'un million.

L'examen hématologique de l'enfant et des parents permit de constater la présence du facteur Rhésus chez le père et l'enfant, son absence chez la mère. Ce sont les réponses obtenues régulièrement dans l'érythroblastose du nouveau-né.

Cette étude du facteur Rhésus permettra peut-être une meilleure classification des anémies du nouveau-né.

Fièvre récurrente au cours d'une néphrite aiguë chez un enfant de 7 ans. — M. Sarrouy (d'Alger).

Epithélioma du vagin chez l'enfant. — M. A. Burcat rapporte l'observation d'une enfant de un an, vue à l'occasion de pertes sanglantes. Le toucher ayant révélé une masse volumineuse d'apparence utérine, dont la nature maligne fut démontrée par la biopsie, l'auteur fit une hystérectomie totale au cours de laquelle il constata que les lésions étaient exclusivement vaginales. Trois semaines après, l'enfant dépérit et fit des métastases abdominales entraînant rapidement la mort par cachexie. Ce cas semble être le premier observé depuis celui qu'a publié Guersant en 1845.

Note relative au préventorium de Cinetat (Cantal). — M. Deglos.

Séance du 20 novembre 1945

Arachnoïdite optochiasmatique chez un nourrisson de cinq mois. — MM. Levesque et Dailly.

Anomalie congénitale des gros vaisseaux : grosse artère pulmonaire, petite aorte. — M. Bastia.

Guérison d'une syphilis osseuse et d'une méningite à pneumocoques par la pénicilline. — MM. Turpin, Chassaigne et Lafourcade.

Sur le facteur Rh. — M. Lamy rappelle l'essentiel des travaux anglo-saxons sur ce facteur et indique que les recherches de Tzanck et Bessis les ont pleinement confirmés. Il attire spécialement l'attention sur l'inopportunité et les dangers éventuels des transfusions faites sans tenir compte de cette notion, en particulier chez les accouchées. D'autre part, la transfusion avec un donneur « Rh négatif » est la seule méthode recommandable dans le traitement des érythroblastoses péri-natales.

Hernie partielle de l'estomac par hiatus diaphragmatique. — M. Roviraldu (de Barcelone).

Importance des lactariums dans la lutte contre la mortalité infantile. — M. Legras (de Liége) expose les résultats qu'il a obtenus dans la lutte contre la mortalité infantile par la distribution de lait de femme recueilli à domicile, analysé, contrôlé et stérilisé au laboratoire. La mortalité des débiles et des enfants atteint de toxicose a rétrocédé entre 1942 et 1944 de 70 à 23 %.

Etude de la capacité respiratoire de l'enfant et de l'adolescent. — M. Anglade (d'Orléans).

Abcès géant du cerveau traité par ponctions et pénicilline en injections. — MM. Lesné, Guiot et Cayler ont observé chez un nourrisson un volumineux abcès du cerveau se traduisant par une céphalée intense, une fièvre continue à 38°, de la leucocytose et une hémianopsie avec œdème papillaire. Le liquide céphalo rachidien était normal.

L'enfant a guéri complètement après 6 ponctions et injection quotidienne de 5.000 unités de pénicilline. Il faut noter cependant la constatation, un mois plus tard, d'une hydrocéphalie interne.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 21 octobre 1945

L'auscultation cardio-œsophagienne. — M. C. Lian a pensé que l'auscultation cardio-œsophagienne pouvait présenter de l'intérêt, puisque, d'après la théorie de Chauveau, le souffle de l'insuffisance mitrale se produit dans l'oreillette gauche et que le souffle perçu à la pointe résulte d'une propagation. Il a employé, soit un tube de Faucher introduit après anesthésie pharyngée par pulvérisation et tamponnement, soit et mieux le tube d'Einhorn dégluti sans préparation ; ce petit tube doit être d'un caoutchouc très souple. Pour juger de la présence ou de l'absence d'un souffle, il est nécessaire de bien entendre les bruits du cœur. Au besoin on injecte 20 cc. d'air pour chasser les mucosités. On ausculte après une inspiration et une expiration profondes.

Tous les souffles valvulaires aortiques, pulmonaires, mitraux, peuvent être ainsi entendus. Le souffle le plus audible est celui de l'insuffisance mitrale en raison de l'intimité des rapports de l'oreillette gauche et de l'œsophage.

La conclusion pratique est qu'on est autorisé à nier l'existence d'une insuffisance mitrale si, avec une auscultation cardio-œsophagienne faite dans de bonnes conditions, on ne perçoit pas de souffle à une distance de 40 à 20 centimètres des arcades dentaires.


PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS



AÉROCID *Aérophagie Aérocolie*
Cachets - Comprimés

AQUINTOL *Coqueluche Toux spasmodique*
en Gouttes

HEP'ACTI *Méthode de Whipple et de Castle Tréphones embrionnaires amino-acides*
anciennement HEPASERUM Ampoules de 10 cc.

OPOCÉRÈS *Simple et vitaminé Fortifiant biologique général*
Ampoules buvables
Comprimés friables

LABORATOIRES DE L'AÉROCID
20, RUE DE PETROGRAD - PARIS (8e)

ENTÉRITES
aiguës et chroniques.
Putréfactions intestinales -
Colites gauches - Diarrhée -
Constipation - Dermatoses
d'origine intestinale.

BULGARINE

Culture pure de Bacilles
Bulgares sur milieu végétal

●

3 Formes
Comprimés - Gouttes - Bouillon

●

LABORATOIRES THÉPÉNIER
10, rue Clapeyron - Paris (8e)

ARHEMAPECTINE
ANTI - HÉMORRAGIQUE
●
KIDARGOL
THERAPEUTIQUE RHINO-PHARINGÉE
●
ARKEBIOS
MEDICATION PHOSPHORIQUE POLYVALENTE
●
LABORATOIRE R. GALLIER
1b Place du Président Mithouard. Paris (7e)
●

Contre les **HELMINTHES**
- OXYURES - ASCARIS -

PHENEGIC



● ENFANTS ●
PHÉNÉGIC en PAQUETS
Par jour, pendant 3 jours jusqu à 2 ans : 1/4 de Paquet.
2 a 6 ans : 1/2 Paquet.
6 à 12 ans : 1 Paquet mêlé à un peu de Confiture, Bouillie, Compote, Purée — Le matin à jeun.

● ADULTES ●
PHÉNÉGIC COMPRIMÉS
Adolescents : 5 comprimés par jour pendant 3 jours.
Adultes : 6 comprimés par jour pendant 3 jours. Avalés, Croqués ou délayés dans un peu d'eau. — Le matin à jeun.

A BASE DE
DIBENZOPARATHIAZINE PURE (PHENOTHIAZINE)

L'ÉQUILIBRE BIOLOGIQUE
COMMENTRY (ALLIER)

PH. 2

Altérations de la circulation coronaire au cours de l'insuffisance aortique des sujets jeunes. — MM. J. Lequime et H. Denolin. — Au cours de l'insuffisance aortique rhumatismale des sujets jeunes, on observe parfois des accès douloureux du type angineux, indépendants de l'effort, survenant plus fréquemment au cours de la nuit, et s'accompagnant souvent de tachycardie et d'hypertension artérielle. Les auteurs en rapportent trois observations. Les théories pathogéniques de ces crises sont discutées. L'aspect des électrocardiogrammes recueillis au moment des accès suggère que la douleur résulte d'un déséquilibre entre la circulation coronaire et le travail cardiaque.

Modifications circulatoires consécutives aux injections salines hypertoniques. Application à l'étude de l'angine de poitrine. — MM. J. Lequime et H. Denolin. — L'injection intraveineuse de 40 cc. d'une solution de chlorure de sodium à 25 % détermine fréquemment chez les angineux un décalage parfois très important du segment ST de l'électrocardiogramme. De telles altérations ne s'observent pas chez les sujets normaux ni chez les patients porteurs de cardiopathies non coronaires. Ce test peut dès lors remplacer avec avantage les épreuves d'effort ou d'anoxémie provoquée.

Les injections salines hypertoniques entraînent un accroissement considérable du travail du cœur, se traduisant en particulier par une augmentation du débit cardiaque et une accélération de la vitesse circulatoire. C'est à l'inadaptation du débit coronaire à un travail cardiaque accru, qu'il convient de rapporter les modifications électrocardiographiques observées chez les angineux au cours de l'épreuve.

Un médicament de l'angor pectoris et des états préfibrillatoires, le 1262 F. Six ans d'expérience clinique, mécanisme d'action. — MM. J. Sterne, J. Delamare et J. Lemant. — Statistique de six ans de traitement : 40 angors vrais, 10 interruptions de la thérapeutique par des douleurs musculaires, 9 améliorations complètes, 17 améliorations importantes, 4 résultats faibles ou nuls.

Arrêt immédiat de 4 crises de tachycardie ventriculaire.

Analyse du mécanisme d'action : pas d'effet sympathicolytique d'origine coronarienne et suppression expérimentale des suites de la ligature des artères du cœur.

Action musculaire directe certaine, car expérimentalement protection du cœur contre les conséquences de l'iodage de la pointe, contre les fibrillations toxiques dues au chlorure de baryum, à l'aconitine, à l'acide adénosine phosphorique, contre l'excitation électrique du myocarde. Augmentation de la période réfractaire du muscle cardiaque chez la grenouille et de la chronaxie des muscles périphériques.

Faits analogues confirmatifs en clinique humaine : influence sur les états préfibrillatoires, douleurs musculaires, cas d'une intoxication accidentelle par le 1262 F.

Projection de tracés électrocardiographiques objectivant l'amélioration due au médicament chez l'homme et chez l'animal.

Etude radiokymographique de la cinétique de l'arc moyen et des hiles chez le sujet normal. — M. R. Heim de Balsac. — La cinétique de l'arc moyen étudiée sur les téléradiokymographies planes de 115 sujets normaux est variable et complexe. Ce contour pédiculaire peut être immobile, animé de faibles trémulations d'analyse impossible ou de battements amples et divers.

Vers le haut, les battements sont typiquement artériels (expansion systolique brusque, retrait diastolique rectiligne) ; à la partie moyenne, ce sont des artériogrammes atypiques, dégradés, avec ressaut mésodiastoliques ou même aspect en créneaux concaves en leur milieu ; vers le bas existe une zone de transition où les battements ressemblent à eux du ventricule sans présenter la même chronologie stricte.

Les hiles, généralement immobiles, présentent dans 8 % des cas des battements artériels typiques, mais d'amplitude réduite.

NOTES POUR L'INTERNAT

LES CANCERS DE LA LANGUE

Comme la plupart des cancers de la cavité buccale, les cancers de la langue sont des épithéliomas malpighiens de la famille spino-cellulaire présentant comme caractères essentiels :

Le terrain assez spécial qu'ils frappent avec prédilection, hommes de 50 à 60 ans, fumeurs invétérés, anciens syphilitiques surtout ;

Leur grande septicité ;

Leur extension ganglionnaire précoce et rapide, souvent bilatérale ;

Leur malignité surtout locale : ils ne donnent pour ainsi dire pas de métastases.

Symptomes

Nous prendrons pour type le cancer de la face dorsale.

Le *début* est très insidieux. En général, le cancer se greffe sur une plaque de leucoplasie qui, jusqu'alors unie, souple et indolore, se met à grandir, à devenir sensible aux aliments chauds ou épicés, et que l'on voit bourgeonner, ou au contraire, creuser, et en tous cas saignoter facilement. A ce stade, aucune adénopathie n'est encore perceptible, parfois on découvre quelques ganglions sous-maxillaires ou jugulaires petits, durs et indolores.

Seul l'examen histologique permet le diagnostic de certitude.

En règle, le malade ne consulte que des semaines plus tard. Le diagnostic est maintenant évident.

Les *troubles fonctionnels* sont variables : gêne dans les mouvements de la langue, petite hémorragie, sialorrhée, sensation plus ou moins pénible de tension qui peut irradier à l'oreille. Parfois, c'est l'adénopathie qui attire l'attention.

Le malade extériorise plus ou moins facilement la langue, qui est parfois déviée. La lésion est unique. Elle se présente habituellement comme une ulcération plus ou moins vaste, aux bords épais, éversés, irréguliers, au fond anfractueux. Le palper bidigital révèle son induration caractéristique, qui la déborde de toutes parts, lui formant un véritable socle épais et mal délimité : c'est plus qu'une ulcération, il s'agit bien d'une tumeur ulcérée. On appréciera le degré d'envahissement de la masse musculaire de la langue, le degré d'infiltration du plancher de la bouche et du sillon gingivo-lingual.

L'adénopathie est souvent facile à sentir, elle a le plus souvent des caractères cancéro-inflammatoires.

L'état général est souvent déjà touché, mais de manière modérée.

La biopsie confirme un diagnostic certain et précisera le type histologique.

Abandonnée à elle-même, cette néoplasie va s'étendre rapidement, surtout d'avant en arrière, débordant la ligne médiane, fixant de plus en plus la langue, infiltrant peu à peu le sillon gingivo-lingual, le pilier et finalement le maxillaire, tandis que s'installent des douleurs atroces et rebelles à toute thérapeutique. L'évolution ne dépasse guère quelques mois, elle est souvent hâtée par une *complication*, hémorragie en nappe, œdème de la glotte, angine de Ludwig, phlegmon jugulo-carotidien avec ses accidents vasculaires possibles, parfois broncho-pneumonie ou abcès gangréneux du poumon.

Formes cliniques

a) *Suivant le mode de début :*

Le cancer peut se greffer sur une banale ulcération linguale, traumatique ou dentaire, ou encore sur un papillome minuscule : l'étalement, l'induration et le saignement facile sont autant de signes d'alarme.

La forme nodulaire est rare. Sous une muqueuse à peine modifiée, l'on sent un nodule mal délimité, unique, très dur, et sur lequel les parties molles voisines glissent mal. Ce nodule grossit, et finit généralement par s'ulcérer

b) *Suivant l'aspect macroscopique :*

Le cancer infiltro-ulcéreux pris pour type représente 80 % des cas. On peut encore observer : des cancers purement exophytiques, des formes à nodules disséminés, contemporains ou successifs, apparaissant parfois sur des plaques de leucoplasie multiples. Dans la forme infiltrante diffuse, le siège initial de la lésion ne peut être précisé, la langue est entièrement prise d'emblée, c'est une langue de bois.

c) *Suivant le siège :*

Il faut distinguer les cancers de la *portion mobile* de la langue, de beaucoup les plus fréquents, et ceux de la *portion fixe, ou pharyngée* de l'organe, qui représentent environ 20 % des cas.

1° Parmi les *cancers de la partie mobile*, outre le cancer de la face dorsale pris pour type, on individualise plusieurs variétés. Les cancers franchement latéraux, ou cancers des bords, sont dépistés de bonne heure, car ils sont gênants, ils donnent presque toujours une adénopathie unilatérale, sauf rares exceptions. Les cancers médians, et à plus forte raison ceux qui deviennent médians., donnent une dissémination ganglionnaire bilatérale, au moins une fois sur trois. Ceci concerne notamment le cancer de la pointe, l'un des plus fréquents.

Le *cancer de la face inférieure* est gênant, mais difficile à voir, en raison de l'œdème. Il se propage très rapidement au sillon gingivo-lingual, au plancher buccal et au maxillaire, d'autant plus vite que son siège est postérieur.

2° Les *cancers de la pente pharyngée* sont presque toujours ulcéreux, et même térébrants. Ils sont douloureux et bloquent de bonne heure les mouvements de la langue. On ne les voit bien qu'à l'aide du miroir laryngoscopique, et seule une radio de profil donne une idée vraiment précise de leur degré d'extension. Les accidents laryngés ou broncho-pulmonaires sont particulièrement à redouter dans cette localisation. Le début clinique par l'adénite cervicale n'est pas rare.

d) *Suivant le type histologique :*

On observe rarement : des épithéliomas baso-cellulaires ou des sarcomes.

Diagnostic positif

Presque toujours évident, le diagnostic positif repose, dans les cancers au début, sur l'examen histologique. Celui-ci doit être exigé systématiquement :

1° Devant toute plaque de leucoplasie subissant une transformation suspecte ;

2° Devant toute lésion indurée ou ulcéreuse qui persiste plus de quinze jours, même et surtout chez un ancien spécifique.

Lorsque la lésion est minuscule, il vaut infiniment mieux en faire l'exérèse suivie d'examen histologique que de se contenter d'une prise biopsique à la pince. Dans les formes infiltrantes, on est parfois obligé de faire une biopsie profonde, nécessitant une hémostase soigneuse.

Diagnostic différentiel

Une simple ulcération dentaire guérit après ablation du chicot ou de l'appareil traumatisant. Mais il faut se méfier : une cautérisation intempestive peut lui donner une consistance indurée. Un cancer, de plus, peut venir se greffer sur elle. Donc, biopsie systématique si la guérison n'est pas certaine 15 jours après ablation du chicot.

L'ulcère leucoplasique de Darier n'est pas induré, il est douloureux, sans ganglions.

L'ulcération tuberculeuse se voit chez le phtisique avancé, elle est allongée, découpée en fjords, décolle loin la muqueuse, présente parfois les grains jaunes de Trélat. Souvent associée à d'autres lésions bucco-pharyngées, elle ne ressemble en rien au cancer.

Plus difficile se révèle parfois le diagnostic de certaines lésions syphilitiques. Le chancre, dont l'induration est superficielle, la gomme ulcérée, aux bords taillés à l'emporte-pièce, ne prêtent que rarement à discussion. Par contre, certaines lésions tertiaires scléreuses ou scléro-gommeuses peuvent faire hésiter, surtout lorsqu'elles sont circonscrites et unilatérales : l'adénopathie est de règle, il peut y avoir un certain degré d'induration, parfois même une petite hémorragie, le terrain est le même que celui du cancer. Au moindre doute, un examen histologique de sécurité s'impose. Dans tous les cas, on se rappellera le danger d'un traitement spécifique d'épreuve : il ne guérit pas des lésions tertiaires de sclérose, mais il donne infailliblement un coup de fouet à un cancer débutant.

Traitement

Les principes du traitement diffèrent, suivant que la lésion intéresse la partie fixe ou la partie mobile de la langue.

a) *Cancer de la partie fixe :*

Inaccessible à la chirurgie, ce cancer appartient aux rayons X. Le traitement, précédé d'une désinfection bucco-pharyngée rigoureuse, dure plusieurs semaines et procède par doses fractionnées ; les irradiations sont quotidiennes, bilatérales, à feux croisés, elles portent simultanément sur la lésion linguale et sur les ganglions.

Malgré des doses considérables, les résultats sont mauvais. Les formes ulcéro-térébrantes ne guérissent pour ainsi dire jamais.

b *Cancer de la partie mobile :*

Le traitement comporte un temps lingual et un temps ganglionnaire.

1° *Temps lingual.*

Le temps lingual doit être le premier.

Pour une lésion débutante, ne dépassant pas 25 millimètres dans sa plus grande dimension, une exérèse très large faite au bistouri électrique, suivie d'une soigneuse hémostase et d'un contrôle clinique et histologique suffit.

Dès que la lésion dépasse ce stade, le traitement appartient aux radiations. La préparation stomatologique est sévère, comporte toujours le sacrifice des prothèses pouvant donner lieu à des rayonnements secondaires. La méthode la plus employée actuellement est la *radiumpuncture*. Sous anesthésie à l'évipan, on plante dans la lésion les aiguilles en nombre variable : en principe une tous les centimètres, en débordant la lésion de toutes parts de un centimètre environ. Ablation des aiguilles le 6e ou le 7e jour. La cicatrisation se fait en 3 à 4 semaines environ.

Les ennuis les plus fréquents sont l'œdème, et surtout l'hémorragie au cours de l'irradiation : il peut être nécessaire de lier la carotide.

2° *Temps ganglionnaire.*

Ce temps est chirurgical, et consiste à faire systématiquement le curage ganglionnaire complet du cou, sacrifiant sterno et jugulaire. N'y aurait-il qu'un seul ganglion cancéreux (souvent c'est le supérieur), cette intervention seule donne des garanties suffisantes.

Le curage sera entrepris : 15 jours après l'exérèse de la lésion linguale ou, dès sa cicatrisation après curiepuncture.

Il est unilatéral toutes les fois que la lésion est petite et nettement latéralisée. Toute lésion médiane ou affleurant la ligne médiane demande un curage bilatéral : on fait les deux interventions à 3 semaines d'intervalle, en s'efforçant de respecter la jugulaire du côté le moins malade.

Pour les *cancers avancés*, ayant débordé la langue, envahi le maxillaire, les ganglions inopérables, le traitement ne peut être que palliatif : opiacés, désinfection locale, électro-coagulation de propreté, ligature de la carotide.

Les *récidives linguales* doivent être distinguées des radionécroses, parfois associées d'ailleurs. Elles demandent l'exérèse au bistouri électrique : résultats assez bons, l'irradiation antérieure ayant déjà bloqué les lymphatiques.

Les *récidives ganglionnaires*, plus ennuyeuses, relèvent des rayons.

Conclusion

Les cancers de la partie fixe partagent le pronostic lamentable des cancers du pharynx. Ceux de la partie mobile donnent actuellement des résultats intéressants : environ 25 % de succès pour ceux de la face dorsale, 20 % pour ceux de la face inférieure. Les lésions prises à l'extrême début guérissent actuellement dans la proportion de 50 à 60 %.

P.-L. Klotz.

INTERETS PROFESSIONNELS

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins

Résultat des élections du Conseil départemental élu le 23 décembre. 1945. — Votants : 2.890. Bulletins nuls : 428. Suffrages exprimés : 2.462.

Titulaires. — Drs Lafay, 2.180 ; Balthazard, 1.658 ; Tissier-Guy, 1.492 ; De Gennes, 1.485 ; Fiessinger, 1.443 ; Coutela, 1.412 ; Cibrié, 1.337 ; Piedelièvre, 1.301 ; Funck-Brentano, 1.266 ; Ameuille, 1.242 ; Bénard, 1.186 ; Laporte, 1.127 ; Huet, 1.115 ; Léchelle, 1.110 ; Bertrand-Fontaine, 1.084 ; Moreau, 1.071 ; Duvelleroy, 1.059 ; Oberlin, 1.025 ; Grasset, 1.028 ; Wolfromm, Georges, 1.002 ; Fanton d'Andon, 957 ; Milliez, 927 ; Buvat, 916 ; Le Lorier, 912.

Suppléants. — Drs Lhermitte, 993 ; Debray, 892 ; Cherigie, 888 ; Guillaumat, 870 ; Guyot, 858 ; Boelle, 854 ; Bezançon, 840 ; Drouet, 835 ; Boudin, 827.

Communiqué du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins :

Paris, le 4 janvier 1946.

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, réuni le 3 janvier 1946,

Considérant que les élections du 23 décembre 1945, faites en exécution de l'ordonnance du 24 septembre 1945 ont été marquées de confusion,

Décide : 1° de donner sa démission collective ; 2° d'expédier les affaires courantes jusqu'à l'entrée en fonction du Conseil appelé à lui succéder ; 3° d'établir les modalités des prochaines élections, conformément aux volontés du Corps médical.

Le Conseil souhaite que tous les médecins collaborent à l'organisation de ces élections en lui adressant leurs suggestions.

Enfin, le Conseil, devant la nécessité où il s'est trouvé de faire représenter les médecins de la Seine aux Conseils national et régional, a désigné les délégués prévus par l'ordonnance du 24 septembre 1945. Délégués au Conseil national : MM. Duvelleroy, Lafay, Oberlin. Délégués au Conseil régional : MM. Piedelièvre, Cherigie, Debray, Guyot, Maille.

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins, rappelle aux bénéficiaires du permis de circuler en automobile, motocyclette ou vélomoteur, qu'il a obtenu de l'Administration des Ponts et Chaussées (service du Roulage), la possibilité pour les médecins de retirer leur allocation d'essence dès le 6 de chaque mois, de façon à éviter les longues attentes provoquées par l'affluence dans la deuxième quinzaine du mois.

Confédération des Syndicats médicaux français

Bureau. — Président : Professeur N. Fiessinger (Paris).

Vice-présidents : MM. Lefrançois (Seine-Inférieure), Vourc'h (Finistère), Micheleau (Gironde).

Secrétaire général : M. Cibrié (Paris).

Trésoriers : MM. Caillaud (Loiret), Rémilly (Seine-et-Oise).

Conseil d'administration. — Région de Dijon : M. Voimat (Doubs), supp., M. Deguignaut (Côte-d'Or).

Région de Nancy : M. Roset (M.-et-M.), supp. : M. Henry (Vosges).

Région de Bordeaux : M Micheleau (Gironde), et M. Cauzères (Landes), supp. : MM. Penaud (Gironde), et Debos (Lot-et-Garonne).

Région d'Angers : M. Leroy (M.-et-L.), supp. : M. Duverger (Loire-Inférieure).

Région de Chalons : M. Desormeaux (Marne), supp. : M. Pierre (Aube).

Région d'Orléans : M. Loiseau (Loir-et-Cher), supp. : M. Vion (Cher).

Région de Laon : M. Filachet (Somme), supp. :

Région de Poitiers : M Choyau (Vendée), supp. : M. Quivy (Vienne).

Région de Lille : M. le Professeur Legrand (Nord), M. Berche (P.-de-C.), supp. : MM. Vanverts (Nord) et Chateau (P.de-C.)

Région de Rennes : M. Marquis (I.-et-V.), M. Vourc'h (Finistère), supp. : MM...... (Côtes-du-N.) et ...... (Morbihan).

Région de Rouen : MM. Lefrançois (S.-Inf.), et Viel (Calvados), supp. : MM Paradis et Seguin (S.-Inf.)

Région de Toulouse : MM. Caffort (Hte-Gar.) et Muller (Tarn), supp. : MM. Roges (Gers) et Sanières (Lot).

Région de Clermont-Ferrand : M. Fichot (P.-de-Dôme), supp. : M. Petit (Allier).

Région de Strasbourg : M. Muller (Ht-Rhin), supp. :

Région de Grenoble : M. Arbassier (Isère), supp. : M. Pangon (Drôme).

Région de Paris : MM. Fiessinger et Sénéchal (Paris), Rémilly (S-et-O.), supp. : MM. Dupas (Paris), Mouthon (S.-et-O.), Tixier (S.-et-M.).

Région de Limoges : M Verdeaux (Corrèze), supp : M. Valegeas (Hte-Vienne).

Région de Lyon : MM. Rosnoblet (Rhône), Renard (Ain), supp. : MM. Mallet-Guy et Mounier Kühn (Rhône), Dubœuf (Loire), Bouvat (Ardèche).

Région de Marseille : M. Farnarier (B.-du-Rh.), MM. :

Région de Montpellier : M. le Professeur Vidal (Hérault), supp. : M. Mosnier (Gard).

Algérie :

Groupement des spécialistes. — MM. Caillaud (oculiste), Bergougnan (chir.), Batier (O.R.L.).

Supp. : MM. Lefèvre (derm.), Moutard (radiol.), Longnon (stomat.).

Membres désignés par coaptation. — MM. les Professeurs Vanverts (Lille) et Lian (Paris), M. Lian n'a pu accepter les fonctions qui lui étaient offertes pour raisons personnelles) ; M. le Professeur Portes (Paris) ; M. le Professeur agrégé Mallet-Guy (Lyon) ; le Dr Jean Garipuy (Toulouse).

CHRONIQUE

Commémoration du cinquantième anniversaire de la découverte des rayons X

Les Sociétés : d'Electro-Radiologie Médicale de France, Française d'Electrothérapie et de Radiologie, des Ingénieurs civils de France, Française des Electriciens, Française de physique, ont commémoré, le vendredi 14 décembre 1945, à la Maison de la Chimie, le cinquantième anniversaire de la découverte des Rayons X, par Wilhelm Conrad Rœntgen.

Le Dr Dariaux, secrétaire général de la Société d'Electro-Radiologie Médicale de France évoqua la mémoire des victimes des rayons X et énuméra les noms des médecins et manipulateurs, qui, ignorant les méfaits de ces nouveaux rayons, moururent atteints de radiodermites mutilantes.

Le Dr Delherm, ancien président de la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie, rappela les premiers écrits sur ces rayons :

« Comme la Société n'avait pas encore de Bulletin, elle publiait ses comptes rendus dans la « Revue d'Hygiène et de Thérapeutique ». C'est là qu'au mois de février 1896, Descourtis rapporta qu'Oudin et Barthélemy sont allés voir le professeur Rœntgen à Wursbourg, qu'ils ont été émerveillés par ce qu'ils ont vu et qu'ils ont rapporté le matériel nécessaire pour répéter les expériences de Rœntgen.

« Il suffit, disait-il, de prendre une plaque photographique ordinaire, de l'envelopper de papier noir, de fixer celle-ci à 10 centimètres environ du tube donnant les rayons cathodiques et d'interposer entre le foyer de lumière et elle l'objet ou l'organe dont on veut chercher la perméabilité. Cela étant, on fait traverser le tube par le courant d'une bobine de Ruhmkorff donnant 6 à 8 centimètres d'étincelles en disposant le tube de façon que les rayons viennent autant que possible frapper perpendiculairement la plaque. On continue la pose pendant 10 à 20 minutes, après cela on développe. On a pu obtenir ainsi la photographie d'une main humaine. Il est possible de reconnaître les déformations osseuses, l'emplacement de corps étrangers. Une balle de revolver arrêtée entre les métacarpiens a été repérée et a pu être enlevée. Une autre fois, on a constaté le plan d'implantation d'une aiguille, qui, après une petite incision, a pu être extirpée. Bien plus, on a pensé qu'il serait facile de photographier un volvulus, une tumeur, un anévrisme, en un mot tous les organes internes dans leur état sain ou pathologique. Il n'est pas encore question de traitement des affections par les rayons X. »

Puis M. Jean Chevalier, de la Société des Ingénieurs civils de France, président du Comité national de l'organisation française, retrace la vie et les travaux de Rœntgen :

« Le cinquantième anniversaire de la découverte des rayons X est aussi le centenaire de Wilhelm Conrad Rœntgen, né

le 27 mars 1845, à Lennep, petite ville de Rhénanie.

Professeur de physique à Strasbourg en 1876, à Giessen en 1879, à Wursbourg en 1888, c'est au laboratoire de cette dernière Université qu'il découvrit, le 8 novembre 1895, les rayons anticathodiques qu'il baptisa rayons X. Cette découverte sensationnelle relégua dans l'ombre ses travaux antérieurs sur la rotation du plan de polarisation de la lumière, sur l'électro-magnétisme, sur la compressibilité des liquides, sur la piézo-électricité, etc...

Membre d'une quarantaine de Sociétés savantes, titulaire en 1901 du premier prix Nobel de physique, Rœntgen est mort à Munich le 10 février 1923. »

M. Pilon, vice-président de la Compagnie générale de Radiologie, président de la Société française des Electriciens, retrace ensuite l'évolution du matériel radiologique de 1895 à 1945.

Le Dr R. Ledoux-Lebard présente une esquisse du développement actuel du radiodiagnostic et montre les progrès réalisés dans toutes les branches de la médecine et de la chirurgie, depuis la découverte de Rœntgen.

Le Dr J. Belot, chef du service de radiologie de l'Institut du Cancer, parle ensuite des rayons X en thérapeutique :

« Ce sont des altérations de la peau, survenues par hasard chez les manipulateurs des rayons X qui ont donné l'idée de les utiliser pour le traitement des maladies. L'étude des réactions biologiques, l'expérimentation sur les animaux et les essais sur des malades, ont permis de comprendre le mécanisme de ces réactions inattendues et surprenantes, et d'en déduire les affections que la rœntgenthérapie pouvait guérir.

Puis, M. Paul Bastien, professeur à l'Ecole Centrale des Arts et Manufactures, parle des applications industrielles des rayons X.

M. Maurice de Broglie montre que c'est à partir de la découverte des rayons X que le développement scientifique actuel s'est accéléré. Non seulement ces rayons ont permis par leurs spectres, par le caractère spécial que leur donne leur courte longueur d'onde, de jeter une lumière nouvelle sur la classification des éléments, sur la structure cristalline et sur la nature de la lumière, mais ils ont aussi aidé et préparé l'étude de la radioactivité et par leurs prolongements celle des rayons cosmiques et des radiations des noyaux d'atomes.

Ils ont ainsi joué un rôle de premier plan dans la suite si remarquable des découvertes de la physique depuis 50 ans.

INFORMATIONS
(Fin)

Au grade d'officier. — Les Drs Morice et Villey-Desmeserets (de Caen).

Au grade de chevalier. — Les Drs Bonnet (Caen), Bardin (Alençon), Breuil et Brochard (Cherbourg), Chaperon (Caen), Constantin (Valognes), Cornier (Périers, à titre posthume), Danjou, Dastrigue, Delpérier (Caen), Deslandes (Cherbourg), Digeon, Golse, Jean et Pierre Guibé (Caen), Gaillard (Coutances), James (Caen), médecin auxiliaire 2e D. B. Kerner, Lacroix (Caen), Lemière (Cherbourg), Le Rasle (Caen), Macaire (Bretteville-sur-Odon), Morin (Caen), Norgeot, interne (Aunay-sur-Odon), Piel (Coutances), Rougeau (Canisy), Rousselot (Caen), Aimable et Henri Simon, Souron (Caen), Waquet, médecin major du croiseur « Le Terrible » (Valognes).

Médaille d'honneur des épidémies

Médaille de vermeil. — Médecin auxiliaire André Bayé, du service de Santé de l'Air (de Biscarosse), en traitement à l'hôpital militaire. Robert Picqué, à Villenave-d'Ornon.

Ministère de la Population

Le « J. O. » du 25 décembre 1945 a publié le décret n° 45-0134 du 24 décembre relatif aux attributions du ministre de la Population.

Hôpitaux psychiatriques

M. le Dr Adnès, méd. chef à Saint-Gemmes, est affecté en la même qualité au Mans.

M. le Dr Carriat, méd. chef à Nangeat, est affecté en la même qualité au Centre d'hygiène mentale de Marseille.

M. le Dr Vallade, méd. chef à Pierrefeu, est affecté en la même qualité à Saint-Pons (Nice).

M. le Dr Belfis, méd. chef à Saint-Rémy, est nommé médecin directeur à Saint-Lizier.

Mlle le Dr Jouannais, méd. chef p. i. au Perray, est nommée méd. chef de service à Sotteville-lès-Rouen.

Mme le Dr André, méd. chef à Vauclaire, est affectée en la même qualité à Aix-en-Provence.

Guerre

Le médecin général S. Arène a été promu médecin inspecteur général.

Le médecin colonel Debenedetti a été promu médecin général.

Service de Santé (active)

Sont nommés au grade de médecin sous-lieutenant les élèves de l'Ecole du service de Santé militaire reçus docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Valnet, Prudhon, Olivero, Pierson, Pousse, Bailly, Girier, Biaggini, Dutel, Ropert, Velay, Causse, Comet, Faugéras, Leclercq, Mauriange, Ougier, Tréguier.

Les médecins sous-lieutenants sont promus au grade de médecin-lieutenant pour prendre rang au 31 décembre 1944. (« J. O. », 3 janvier 1946.)

Association des gynécologues et obstétriciens de langue française

Président : M. le Professeur Mocquot ; Secrétaire général : M. le Professeur Brindeau.

L'Association, dont le dernier Congrès avait eu lieu à Lausanne en 1939, cessa de fonctionner pendant la guerre. Son activité reprendra au début d'octobre 1946, à Paris.

Président du Congrès : M. Le Lorier, ancien professeur à la Maternité de Paris ; vice-président : M. le Professeur Lévy-Solal ; secrétaire général : M. le Professeur agrégé Lacomme ; trésorier : M. le Dr Suzor, accoucheur de la Maternité de l'hôpital Bichat.

Quatre rapports seront présentés à ce Congrès :

1° Du rôle de l'obstétricien dans l'accouchement dit « normal » (y compris l'analgésie).

Rapporteurs : M. le Professeur Snœck, MM. les Drs Rœmens (de Bruxelles) et Gosselin (de Liége).

2° Etiologie des avortements spontanés (en dehors de la syphilis).

Rapporteur : M. le Professeur Rochat (de Lausanne).

3° Des hémorragies ovariennes libres ou enkystées :

I. En dehors de la gravidité.

Rapporteur : M. le Professeur Mocquot (Paris).

II. Grossesse ovarienne.

Rapporteur : M. le Professeur Keller (Strasbourg).

4° De l'organisation régionale de l'obstétrique.

Rapporteurs : M. le Professeur Lantuejoul ; MM. les Drs Chome et Merger (Paris).

Pour tous renseignements, s'adresser : à M. Brindeau, 1 bis, quai aux Fleurs, Paris (4e), ou à M. Lacomme, 81, rue des Saints-Pères, Paris (6e).

Nécrologie

— Le Dr Ernest Sautelet, à Paris.

— Le Dr Pierre Philardeau, chirurgien de l'hôpital de Fontainebleau.

— Dr Georges Netter (de Paris) dont les deux fils avaient été victimes des Allemands : Jean Netter, fusillé en 1942 ; Pierre Netter, déporté et disparu.

COURS

Clinique médicale propédeutique de l'hopital Broussais

Professeur Pasteur Vallery-Radot

Quelques-unes des grandes découvertes françaises en biologie depuis 60 ans

Ces conférences, faisant suite à une série antérieure, auront lieu à l'Amphithéâtre de l'hôpital Broussais, les mercredis suivants, à 10 h. 45 :

16 janvier 1946. Professeur Lacassagne, professeur au Collège de France, directeur de l'Institut du Radium (Service de l'Institut Pasteur) : Découverte de la radioactivité et de ses applicaions en biologie médicale.

23 janvier. Dr Mollaret, professeur agrégé à la Faculté de Médecine : Découverte de l'agent du paludisme.

30 janvier. Professeur Gastinel, professeur à la Faculté de Médecine : Découverte des toxines et des anatoxines.

6 février. Professeur Pasteur Vallery-Radot, professeur à la Faculté de Médecine : Découverte de l'agent transmetteur du typhus exanthématique.

13 février. Dr Noël Bernard, sous-directeur de l'Institut Pasteur : Découverte du microbe de la peste et de son mode de transmission.

20 février. Professeur Sénèque, professeur à la Faculté de Médecine : Découverte de l'asepsie.

27 février. Dr Dujarric de la Rivière, secrétaire général de l'Institut Pasteur : Découverte de la réaction de fixation.

13 mars. Professeur Charles Richet, professeur à la Faculté de Médecine : Découverte de l'anaphylaxie.

Conférences

L'Institut d'Actinologie vient de reprendre son activité dans des locaux situés 40, boulevard Suchet (Métro Muette ou Ranelagh).

Les premières conférences seront les suivantes :

1° Pathogénie, prévention et traitement des engelures (dimanche 3 février, à 10 heures). Rapporteur : Dr Jean Saidman ;

2° Physiothérapie des dermatoses (dimanche 24 février, à 10 heures). Rapporteur : Dr Jean Meyer.

L'accès de ces conférences est libre pour les médecins et les étudiants en médecine, mais le nombre de places étant limité, on est prié de s'inscrire d'avance en écrivant à Mme Dubreuil, surveillante générale, 40, boulevard Suchet, Paris (16e).

Cours libre

Le Dr Jean Albert-Weil, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, commencera à la Faculté de médecine de Paris, salle de Thèses n° 2, le jeudi 10 janvier 1946, à 18 heures, un cours libre sur : Problèmes modernes de pathologie interne, de pathogénie et de thérapeutique.

Il le continuera tous les jeudis à la même heure. Le cours est public et ouvert à tous les médecins et étudiants désirant y assister.

Programme des cours

10 janvier : Généralités. Les limites de la spécificité pathogène, et les actions pathologiques lointaines. Intégration du pastorisme dans la médecine physiologique. De l'unité somatique et somato-psychique. Importance de l'esprit de synthèse en clinique et en expérimentation biologique. — 17 janvier : Les données actuelles du problème de l'immunité. — 24 janvier : Les modalités diverses de la thérapeutique. — 31 janvier : Généralités. Le problème de la tuberculose et sa pathogénie. L'allergie tuberculeuse. — 7 février : Les phénomènes d'allergie non spécifique dans la tuberculose. — 14 février : De la contagiosité de la tuberculose. — 21 février : Les phénomènes d'allergie spécifique dans les fièvres typhoïdes et leurs conséquences pour la thérapeutique. — 28 février : De la vaccination intestinale. — 7 mars : Faut-il ou non combattre la fièvre ? — 14 mars : Les traitements médicaux modernes de la

tuberculose. — 21 mars : Les fondements physio-zoologiques d'une organothérapie nouvelle. Vers une conception nouvelle du « terrain ». La « spécificité du terrain ». Bases rationnelles de l'organo-zoothérapie d'espèce. — 28 mars : Les facteurs extra-cardiaques, anaphylactiques, hépatiques, hépato-digestifs, viscéraux et endocriniens des troubles du rythme et de la tonicité cardiaque. Le « choc arythmique ». — 4 avril : La thérapeutique cardiaque et extra-cardiaque des tachycardies paroxystiques et des tachyarythmies. — 11 avril : De l'unité somato-psychique et de la genèse de certaines psychoses. — 2 mai : L'angoisse humaine. — 9 mai : Rappel des données psycho-physiologiques. La solidarité organique des mécanismes psychologique. Rôle du mouvement dans le mécanisme de la pensée. Le « behaviorisme » de Watson. Les synergies fonctionnelles automatiques, sources de l'instinct. — 16 mai : Principes généraux des investigations psychiatriques. — 23 mai : Les diverses modalités de thérapeutiques psychiatriques.

LIVRES NOUVEAUX

Technique de la chirurgie du sympathique et de ses infiltrations, par O. Lambret, professeur à la Faculté de Médecine de Lille, P. Razemon, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille, et P. Decoulx, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lille. Deuxième édition revue et corrigée. Un volume in-8° de 242 pages avec 100 figures et 4 planches hors texte, 150 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Avant d'entreprendre une opération sympathique, bien des chirurgiens, qui ne sont pas particulièrement entraînés à ce genre d'intervention, désirent relire une mise au point des différentes techniques décrites et employées. Ils s'aperçoivent alors que ces descriptions sont éparpillées dans la littérature médicale, et cette mise au point leur demande de longues recherches. C'est le premier but des auteurs, de leur éviter ce travail long et ingrat, en rassemblant côte à côte les diverses techniques proposées.

Pour chacune, un bref « rappel anatomique » est suivi de la « description détaillée des temps opératoires », avec les repères, les obstacles et les difficultés rencontrés. Plan par plan, des schémas guideront la lecture. Toute la hauteur de la chaîne sympathique est ainsi étudiée, depuis le ganglion cervical supérieur jusqu'à la chaîne sacrée.

Le second but de ce livre est de « discuter la valeur des différentes méthodes », de les comparer et de fixer leurs indications respectives, selon l'embonpoint du sujet et l'affection en cause.

Les auteurs étudient de la même façon les « infiltrations ganglionnaires » et leurs techniques diverses, discutent les avantages respectifs de chaque méthode, faisant un choix parmi les procédés souvent nombreux.

Le « sympathique viscéral » forme l'objet d'un important chapitre où les interventions étagées sont passées en revue, depuis la sympathectomie péri-mésentérique jusqu'à l'énervation rénale ou ovarienne.

Enfin, les interventions sur le corpuscule carotidien et la glande surrénale, si près de la chirurgie sympathique, ne sont pas laissées de côté.

Signalons enfin les chapitres nouveaux que contient cette seconde édition : infiltration péri-carotidienne, infiltration et résection du « plexus pré-aortique, opération de Smithwick » pour la section des fibres préganglionnaires du membre supérieur, « opération de Raney » pour celles du cœur, résection combinée du sympathique dorsal et lombaire avec la splanchnicectomie, infiltrations du plexus hypogastrique supérieur, etc.

Allergographie, par Mme Alice Lotte, méd. assistant de l'hôpital Tenon. Maloine, 1943.

Une nouvelle méthode biologique est née : l'allergographie, elle se propose d'apprécier et de mesurer scientifiquement les tests cutanés d'allergie.

Il n'est plus suffisant de dire qu'une cuti-réaction est positive. Les positivités ne sont pas égales entre elles. Elles sont faibles, moyennes ou fortes ; elles sont précoces ou tardives.

Une observation rigoureuse se doit de les différencier objectivement, c'est-à-dire de les mesurer en intensité et en durée, afin de les comparer entre elles. Il faut substituer à une impression subjective approximative, une notification chiffrée avec précision.

Les allergographiques de A. Lotte objectivent la réaction dans son ensemble. Ils en expriment les variations de surface et de hauteur, en fonction du temps. Ils font connaître finalement la durée d'incubation et la forme évolutive de la réaction.

La comparaison des courbes chez deux individus différents, ou chez le même individu, à des stades variés de la maladie est riche d'enseignements cliniques et biologiques.

La réalisation de la méthode allergographique suppose une instrumentation simple mais précise. A. Lotte a créé et mis au point cette instrumentation.

Tous ceux qui s'intéressent à la cuti-réaction de Von Pirquet, à la réaction de Schick, ainsi qu'à tous les autres tests cutanés, trouveront dans l'allergographie une méthode d'un intérêt tout particulier et en tireront des déductions précieuses sur la voie nouvelle que l'auteur a tracée.

Comme l'écrit le professeur A. Lemierre dans la préface, ce livre constitue « une mise au point enrichie d'une partie profondément originale qui, après nous avoir, à chaque chapitre, rappelé ce que nous a apporté le passé, nous ouvre de larges perspectives d'avenir ».

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 3. — 1er FEVRIER 1946 — 119e ANNEE — Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr. ; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours d'Internat en médecine (remplacement)

Anatomie. — Question sortie : Nerf cubital à partir de la gouttière épitrochléo-olécranienne comprise. Anatomie et physiologie.

Questions restées dans l'urne : 1° Glande surrénale gauche. Description. Rapports. Physiologie sans l'histologie ; 3° Corps thyroïde. Configuration extérieure et rapports ; 4° Rapports de l'uretère pelvien chez la femme ; 5° Nerf radial sans sa physiologie ; 6° Glande sous-maxillaire. Anatomie et physiologie sans l'histologie ; 7° Nerf phrénique droit sans sa physiologie ; 8° Rectum chez l'homme. Configuration extérieure et rapports ; 9° Glande parotide. Anatomie macroscopique et rapports sans la physiologie.

Pathologie chirurgicale. — Question sortie : 3° Hernie crurale étranglée. Signes, diagnostic et traitement.

Questions restées dans l'urne : 1° Accidents hémorragiques de la grossesse extra-utérine. Signes, diagnostic et traitement ; 2° Cancer de l'ampoule rectale. Signes et diagnostic ; 4° Cancer du col de l'utérus. Signes et diagnostic ; 5° Fractures récentes du cou-de-pied (dite de Dupuytren). Signes, diagnostic et traitement ; 6° Fractures de l'extrémité inférieure du radius. Signes, diagnostic et traitement ; 7° Tumeur blanche du genou de la seconde enfance. Signes, diagnostic et traitement ; 8° Luxations antéro-internes récentes de l'épaule. Signes et diagnostic ; 9° Cancer de la langue. Signes et diagnostic.

Pathologie médicale. — Question sortie : 8° Cirrhose de Laënnec. Signes et diagnostic.

Questions restées dans l'urne : 1° Cancer du pancréas. Formes cliniques et diagnostic ; 2° Goitre exophtalmique. Signes, diagnostic et traitement ; 3° Pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. Signes et évolution (sans diagnostic) ; 4° Endocardite maligne lente (dite maladie d'Osler). Signes, évolution, diagnostic et traitement ; 5° Œdème aigu du poumon. Signes, diagnostic et traitement ; 6° Pneumonie franche lobaire aiguë de l'adulte. Signes, diagnostic et traitement ; 7° Insuffisance aortique. Formes cliniques ; 9° Méningite tuberculeuse de l'enfant. Signes et diagnostic.

Concours spécial pour la nomination à deux places d'assistant en chirurgie des hôpitaux de Paris. — Ce concours, réservé aux candidats à l'assistanat en chirurgie non forclos, qui ont été empêchés, par suite d'événements de guerre, de prendre part au concours d'assistanat en chirurgie de 1944 ou d'en terminer les épreuves, sera ouvert le 8 février 1946.

Concours pour huit places d'assistant en chirurgie et six places de chirurgien des hôpitaux. — Le concours d'assistants s'ouvrira le 4 mars et sera suivi des concours de chirurgien des hôpitaux (inscriptions du 7 au 18 février 1946).

Asiles de la Seine. — Concours de l'internat en médecine ; trois concours : Remplacement, 15 mars 1946, concours de liquidation et concours normal, 1er avril 1946.

Inscription : Préfecture de police (2, rue Lobau), 1er étage, porte 152, du 15 janvier au 15 février pour le concours de remplacement ; du 1er février au 1er mars pour les autres concours.

Concours spéciaux de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux communaux de la région sanitaire de Paris

Ces concours auront lieu en mai 1946. Ils sont réservés aux candidats qui se sont trouvés dans l'une des situations définies à l'article 2 de l'arrêté susvisé et notamment aux déportés, aux prisonniers de guerre, aux mobilisés et engagés, aux réfractaires.

Les candidats qui désirent prendre part à ces concours devront, avant le 16 février 1946, adresser à la Direction régionale de la Santé et de l'Assistance, 1, avenue Victoria, une demande d'autorisation d'inscription établie en double exemplaire.

Hôpital Saint-Joseph. — Un concours sera ouvert à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, Paris (14e), le lundi 1er avril 1946, pour la nomination de six internes titulaires, et, s'il y a lieu, d'internes provisoires.

Ne sont admis à concourir que les étudiants en médecine ayant au moins seize inscriptions et présentant un des titres suivants : externe des hôpitaux de Paris ; interne d'une ville de faculté (faculté d'Etat ou faculté catholique) ; interne d'une école de plein exercice. Les inscriptions sont reçues jusqu'au 24 mars inclus.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'administrateur de l'hôpital.

Faculté de médecine

Stage de dermatologie. — MM. les Etudiants de quatrième année inscrits pour les stages dans la série IV bis devront accomplir le stage de dermatologie du 1er mars au 13 avril 1946.

Ecoles de médecine

Angers. — Le titre de directeur honoraire est conféré à M. Metzger, ancien directeur de l'Ecole de médecine d'Angers.

Légion d'honneur (POPULATION)

OFFICIER. — M. le Professeur Charles du Bois (de Genève).

M. le Dr Hugo Oltramare, président du Secours aux enfants.

M. le Médecin colonel Hugo Rémond, médecin chef de la Croix-Rouge suisse.

CHEVALIER : M. le Professeur Pierre Decker, de Lausanne.

M. le Dr Roger Fischer, président de la Centrale sanitaire suisse.

M. le Dr Oscar-Louis Forel, de Prangins.

M. le Médecin colonel René Patry, chef de la commission consultative du Comité international de la Croix-Rouge.

Médaille militaire

(A titre posthume). — Parde (Emile), élève du service de Santé F. F. I., tombé blessé dans l'Isère, sauvagement achevé par l'ennemi le 13 août 1944.

Citation à l'ordre de l'armée

Méd. lieut. Gasne (Pierre), Ne D. I.
Méd. lieut. Nahas (Gabriel), Ne rég. de dragons.
Méd. aux. de la marine Caille (Emile-Jean-Paul).

Education nationale

Education physique. — Un arrêté institue des distinctions honorifiques pour services rendus à la cause de l'éducation physique et des sports. (« J. O. », 12 janvier 1946.)

Hygiène scolaire et universitaire. — M. le Dr Schmutz (M. L. J. E.), directeur régional de la Santé, est nommé médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire pour l'académie de Strasbourg

Affaires étrangères

M. le Dr Cavaillon, secrétaire général de l'Hygiène au ministère de la Population, est nommé membre de la délégation française à la première Assemblée générale des Nations unies et pourra être appelé à Londres suivant la marche des travaux.

Population

Comité du massage médical. — Ont été nommés membres du Comité : M. le Dr Robert Préaut ; M. Nicolle, président du Syndicat national des masseurs français ; M. Gesselbrecht, secrétaire général de ce Syndicat.

Ministère des Armées

Hôpitaux maritimes. — Exceptionnellement, les titres de médecins, chirurgiens, spécialistes des hôpitaux maritimes, pourront, jusqu'au 1er avril 1946 être attribués sur épreuves de titres, aux officiers supérieurs du corps de Santé. (« J. O. », 13 janvier 1946.)

Ecole principale du service de Santé de la marine. — Les candidats pourront, quoique mariés, être admis à contracter, en 1946, l'engagement prévu à l'article 30 de la loi du 31 mars 1928. (« J. O. », 13 janvier 1946.)

Congrès national de l'Aviation française

Le deuxième Congrès national de l'Aviation française aura lieu à la Sorbonne, du 16 au 25 avril 1946. Il comportera une section étudiant les problèmes médicaux intéressant le personnel navigant, dont les travaux seront répartis en quatre sous-sections :

Sélection médicale et psycho-technique du personnel navigant ;
Pathologie médico-chirurgicale de l'aviateur ;
Physiologie du vol et protection du personnel navigant ;
Aviation sanitaire et police sanitaire aérienne.

Un certain nombre de rapports d'ensemble seront distribués aux congressistes et exposés en séances.

Journées médicales tunisiennes

Comme nous l'avons fait prévoir, les journées médicales, qui connurent il y a vingt ans un si brillant succès, vont renaître. Elles auront lieu du 23 avril au 27 avril 1946. Départ de Paris le 20 avril, retour le 28. Président d'honneur : M. Georges Duhamel ; Président de la section médicale : M. le professeur Robert Debré ; Président de la Société chirurgicale : M. le professeur Clovis Vincent ; Secrétariat général provisoire des Journées médicales tunisiennes, 1, place d'Iéna, Paris XVI. Tél. Passy 85-92 et 93.

Syndicat national des O. R. L. français

Le Syndicat national des O. R. L. français est reconstitué depuis plusieurs mois et a repris sa place connue dans l'organisation du Corps médical en étroite union avec les autres Syndicats nationaux de spécialisés.

Il est rappelé que tout membre de ce Syndicat est « ipso facto » et gratuitement assuré jusqu'à un million contre tous risques de responsabilité professionnelle et que la cotisation syndicale est moins élevée que la prime annuelle d'une telle assurance, contractée à titre individuel.

Les candidatures sont reçues par :
Le Dr Bonnet-Roy, 5, avenue de Villiers, Paris (17e);
Le Dr Bouchet, O. R. L. des hôpitaux de Paris, 39, rue du Général-Foy, Paris (8e), pour la région parisienne ;
Le Dr Batier, 14, rue de Grenelle, Paris (7e), pour les autres régions de France.

(Voir fin des Informations, p. 62.)

REVUE GÉNÉRALE

ENCÉPHALITE TYPHIQUE ET DIENCÉPHALE

par MM. René Damade et André Lavignolle
Professeur de Clinique Chef de Clinique
des maladies infectieuses de Bordeaux

Les troubles nerveux de la fièvre typhoïde et les encéphalites en particulier, sont connus de longue date, mais les travaux modernes ont apporté une clarté nouvelle à leur interprétation anatomique et pathogénique en révélant toute l'importance de l'atteinte du diencéphale. L'expérimentation, la clinique, avaient déjà établi le rôle joué par les formations nerveuses du système neuro-végétatif, mais, pratiquement, aucune autopsie n'avait signalé chez l'homme la preuve matérielle des lésions diencéphaliques. La récente épidémie de fièvre typhoïde à Bordeaux nous a fourni, dans le service de clinique des maladies infectieuses, un très important contingent de malades et, parmi eux, de nombreux cas d'encéphalite. Nous avons pu, non seulement en suivre l'évolution clinique, mais encore, dans les cas malheureux, réaliser l'étude anatomo-pathologique complète des lésions nerveuses. A l'occasion de ces faits, déjà publiés dans la thèse de l'un de nous, nous voulons à nouveau tracer le rôle joué par les formations diencéphaliques dans la fièvre typhoïde.

1. Les premiers observateurs avaient noté avec soin les signes nerveux de la fièvre typhoïde. Déjà, en 1739, Huxham isole du groupe des pyrexies la « fièvre lente nerveuse » que plus tard Petit et Serres étudient en détail. En 1829, le « tuphos » que décrit Louis, va constituer le signe majeur, malgré la découverte à l'autopsie des lésions qui prédominent sur l'intestin. Par la suite, dans le courant du XIXe siècle, de nombreuses publications signalent les troubles neuro-psychiques (Rostan, Murchison, Fritz, Chedevergne, Fernet et Letulle, Cérouville, Huges, Landouzy). Et les thèses de Riberolles et Audemard précisent la conception cérébro-typhus. On est ainsi amené à la notion qu'au cours de la fièvre typhoïde, certains phénomènes nerveux observés ne se peuvent concevoir sans un processus pathologique diffus ainsi qu'en témoignent les observations de Sorel, d'Osler, de Hawkins, d'Imredy, de Donkin, de Mack Casky et de Green. Le terme d'encéphalite déjà créé, mis au point par Chartier, semble dès cette époque avoir acquis droit de cité pour dénommer les complications nerveuses indépendantes des processus pathologiques connus (hémorragies, ramollissements, abcès). Cependant, malgré l'importance des travaux précédents, les traités classiques du siècle dernier et du début du XXe siècle laissent dans l'ombre les manifestations encéphalitiques ou en parlent fort peu. C'est qu'en fait, les signes décrits par les auteurs offrent une classification difficile, la multiplicité des formes étudiées manquait d'unité. Un trouble psycho-moteur, déjà signalé par Bernheim, décrit par Dufour et Latron, au début du XXe siècle, la catatonie, fait entrevoir la synthèse clinique et pathogénique réalisée plus tard. Les auteurs vont s'attacher à retrouver ce symptôme dans les phénomènes nerveux de la fièvre typhoïde, associés ou non aux signes de la série extra-pyramidale (Pernier, Connon, Besançon et Philibert, Achard et Demanche, Westphal, Ebstein, Claude et Schœffer, Pierre Marie et Foix).

Mais c'est l'épidémie d'encéphalite léthargique observée aux armées en 1918 par Cruchet, Moutier et Calmette, puis étudiée par Von Economo à Vienne, qui permit aux cliniciens de mieux connaître la pathologie encéphalitique et d'attirer l'attention sur le mésocéphale. Après la guerre, les travaux se multiplient pour noter la similitude de certaines formes d'encéphalite typhique avec la maladie de Cruchet-Von Economo (Delahet et Mercandier, Langeron et Chapuis, Toulouse, Marchand et Schiff). Il faut arriver aux publications de May et Kaplan en 1929 pour mettre au point la conception actuelle de l'encéphalite typhoïdique. Ces deux auteurs insistent sur l'importance clinique et pronostique de la recherche de l'hypertonie et en particulier d'une rigidité des membres supérieurs (signe du bras) qu'ils comparent aux signes de l'encéphalite épidémique et dont ils rapprochent le ptyalisme observé par Merklen et Millet et la cachexie étudiée par Lévy-Valensi.

Ces faits, qui apportent une autonomie indiscutable à l'encéphalite, vont être confirmés par d'autres observations (Schiff et Courtois, Chalier et Froment, Langeron), et sont repris par Gueguen dans sa thèse. Un premier essai de classification clinique sera par la suite présenté par Stehelin dans sa thèse qui reste désormais classique.

Dès lors, l'encéphalite typhique, complication authentique de la dothiénentérie a acquis la place qu'elle méritait et parmi les formes cliniques d'intérêt mineur, la forme mésocéphalique prend le premier plan. Le mérite des travaux ultérieurs est de rattacher cette pathologie aux troubles nerveux habituels de la maladie. Chalier et Froment conçoivent dès cette époque le tuphos comme étant le premier signe d'atteinte de l'encéphale et représentant une encéphalite à minima. Ainsi, les idées des prestigieux cliniciens des siècles derniers se trouvent confirmés par les travaux modernes : la fièvre typhoïde est une maladie nerveuse.

Après les travaux de Reilly et de ses élèves, la thèse de Mlle Ladet établit avec évidence l'atteinte du système neuro-végétatif au cours du syndrome malin des maladies infectieuses et remet en question la pathogénie de la fièvre typhoïde. Celle-ci n'apparaît plus comme la septicémie banale que décrivaient les auteurs classiques, mais plutôt comme une toxi-infection à affinités nerveuses. Des expérimentations de laboratoire et même cliniques justifient cette conception : Claude, Baruk et Maignant provoquent un syndrome catatonique typique en injectant de la toxine typhique chez un dément précoce. Surtout Tardieu en apporte la preuve irréfutable en provoquant le tuphos et tous les signes nerveux de la fièvre typhoïde chez le chien en injectant de la toxine typhique au contact du troisième ventricule. En opposition à l'abondance des travaux publiés sur cette redoutable complication, le chercheur est étonné de ne trouver que de très rares études anatomo-pathologiques et ce chapitre est de loin le plus mal connu. Schiff et Courtois publient en 1931 la première description histologique d'un cas d'encéphalite typhique. Grégoire, en 1932, présente quelques notes anatomo-pathologiques, tandis que le Congrès d'histologie à Berne, avec Otto Marburg et Von Economo, tente de classer l'encéphalite typhique parmi les encéphalites caractérisées par une activité spéciale de la microglie. La thèse de Mlle Ladet n'apporte que quelques précisions sur l'œdème cérébral observé au cours des syndromes malins des maladies infectieuses et Mlle Henezit signale tout récemment cette lésion proliférative des éléments microsiques. Mais le silence est total sur les localisations infundibulo-tubériennes qu'avaient fait prévoir les travaux de Reilly et que devait prouver Tardieu. Nous avons recherché, au cours d'autopsies systématiques, cette atteinte et si les lésions sur lesquelles nous reviendrons plus loin intéressent de façon diffuse tout l'encéphale, et présentent un caractère majeur au niveau des noyaux diencéphaliques.

2. *Les faits expérimentaux.*

C'est là tout le problème de la pathogénie, de la dothiénentérie qui est posé. Les conceptions classiques faisaient de la fièvre typhoïde une septicémie à localisation intestinale et les importants travaux de De Lavergne, en 1925, confirmaient cette interprétation. Pour cet auteur, la typhoïde n'est pas une maladie toxique, les lésions de la muqueuse intestinale sont la conséquence d'un état allergique local. Après passage à travers la muqueuse intestinale, le bacille d'Eberth atteint le torrent circulatoire et se trouve déversé à nouveau dans l'intestin. Pendant ce temps, l'organisme a acquis l'état d'allergie et dès lors, le tissu lymphoïde intestinal réagit par un phénomène escharrotique violent, analogue au phénomène de Koch. De Lavergne conclut que le bacille typhique est pathogène grâce à « sa lente invasion et à son pouvoir de faire naître l'allergie, due à ce singulier jeu de bascule d'aller et retour dans l'intestin ». A ces conceptions, Reilly et son école devaient opposer les faits expérimentaux qui les ont amenés à des conclusions différentes. Comme leurs prédécesseurs, ces auteurs se sont heurtés aux mêmes difficultés, car, contrairement à l'homme, les animaux de laboratoire se montrent fort peu sensibles aux bacilles typho-paratyphiques absorbés par la voie digestive et ils estiment que les inoculations microbiennes par voie sous-cutanée, intraveineuse et conjonctivale, sont si éloignées des conditions étiologiques de la maladie humaine, qu'elles doivent être éliminées de la technique expérimentale. La difficulté, pour Reilly, de déterminer la fièvre typhoïde chez l'animal, vient d'un état spécial de résistance de la muqueuse intestinale contre le bacille typhique qui empêche la pénétration. Aussi franchit-il ce stage intestinal en inoculant le germe directement dans les ganglions lymphatiques de l'intestin. Par ce procédé, il détermine une dothiénentérie typique avec des incidents thermiques identiques à la maladie humaine. Il retrouve également les lésions intestinales classiques. Il fait plus, il démontre deux faits essentiels : d'abord que le stade ganglionnaire est encore un stade intermédiaire, car l'inoculation microbienne produit les mêmes effets, lorsqu'elle est faite au niveau des nerfs splanchniques intestinaux, et surtout que l'inoculation, non plus du germe, mais de la toxine typhique au niveau de ces mêmes nerfs, détermine des lésions caractéristiques de la typhoïde sur l'intestin.

Ainsi, les lésions intestinales sont la conséquence de l'atteinte par la toxine typhique du système nerveux végétatif et la pathogénie de la maladie doit être modifiée dans ce sens : la dothiénenthérie est en réalité une toxi-infection, les bacilles ayant

franchi l'intestin arrivent dans les ganglions lymphatiques et y subissent la lyse. Bien entendu, certains germes pénètrent dans le sang, mais il s'agit plus d'une bacillémie que d'une septicémie. Par contre, le poison toxique libéré par la désintégration des germes, imprègne les filets nerveux splanchniques et détermine les ulcérations classiques. Ainsi se manifeste, comme l'exprime Reilly, une double électivité pour les toxines typhiques : électivité pour les formations lymphoïdes du mésentère, électivité pour le système nerveux végétatif abdominal. Reilly va plus loin, il se demande si l'imprégnation toxique des relais supérieurs du système végétatif n'expliquerait pas les troubles nerveux et en particulier le tuphos. Cette conception, que Tardieu plus tard démontrera, est le premier pas vers l'hypothèse de l'atteinte du diencéphale dans la fièvre typhoïde.

A ces travaux, Vincent, par la découverte en 1942 des toxines typhiques, apporte la preuve de l'action hautement toxique sur le système nerveux de la fièvre typhoïde et cet auteur insiste sur le rôle capital joué par la neurotoxine qui détermine les signes nerveux de la maladie.

Sicard, dans sa thèse en 1934, avait attiré l'attention sur la catatonie dans l'infection typhique et cite la curieuse expérimentation de Claude, Baruk et Maignant qui, chez un dément précoce, provoquent un syndrome catatonique des plus nets par une injection de toxine typhique ; ce qui démontre sans contestation possible l'affinité de ce poison pour le mésocéphale. D'autres faits publiés par les neuro-chirurgiens attirent bientôt l'attention. Clovis Vincent signale « qu'au cours de l'évolution spontanée ou post-opératoire des tumeurs cérébrales situées au voisinage du troisième ventricule, des symptômes qui ont une évidente parenté avec les troubles observés au cours de la fièvre typhoïde sont notés : la somnolence, l'hyperthermie, les épistaxis, les hémorragies intestinales, les brusques chutes tensionnelles, les troubles trophiques, l'apparition progressive de vastes escharres et de l'amaigrissement, tout accuse la ressemblance clinique des deux affections ». Ainsi s'exprime Tardieu qui, reprenant les idées de Clovis Vincent, est frappé de ces analogies cliniques, en rapproche aussi les notions acquises sur l'encéphalite épidémique et suspecte dans la fièvre typhoïde l'atteinte des formations grises centrales, il réalise alors des expérimentations tout à fait démonstratives. Chez l'animal, il porte directement au contact du troisième ventricule l'antigène glucidolipidique de Boivin, qui donne les mêmes résultats expérimentaux que la toxine typhique. Il provoque ainsi chez le chien la somnolence, le tuphos, la catatonie, l'hyperthermie, et note aussi la tuméfaction des plaques de Peyer. L'atteinte expérimentale du diencéphale par la toxine typhique reproduit donc chez le chien tous les signes nerveux de la dothiénentérie.

3. *Les faits cliniques.*

Il ne saurait être question ici de reprendre en détail les multiples formes cliniques décrites de l'encéphalite typhique, les thèses de Stehelin, de Mlle Benezit les retracent de façon très complète. Elles n'ont pour nous qu'un intérêt de second plan, car aussi bien dans l'abondante littérature médicale que dans les observations personnelles que nous avons étudiées, une forme d'une importance primordiale se dégage, c'est la forme mésocéphalique.

Cette forme peut se présenter, soit primitivement, réalisant l'encéphalo-typhus, soit au cours d'une dothiénentérie typique compliquée de phénomènes encéphalitiques. Elle atteint avec prédilection les sujets jeunes (le plus âgé de nos malades avait 38 ans), elle peut survenir aussi bien dans les fièvres typhoïdes que paratyphoïdes. Elle n'est pas annoncée au début par des manifestations cliniques à grand fracas, les dothiénentéries les plus banales peuvent, au cours de leur évolution, se compliquer de troubles encéphalitiques ; nos observations comportent trois cas de typhoïde d'apparence bénigne qui se terminèrent par la mort après l'apparition de signes mésocéphaliques.

Elle apparaît habituellement vers la fin du second septenaire, rarement elle est plus précoce. Le début est annoncé par l'accentuation du tuphos et habituellement par un abaissement relatif de la température et l'accélération du pouls. Dans les heures suivantes, la torpeur s'accentue et laisse la place à une véritable somnolence, le malade ne répond plus aux questions et tombe progressivement dans un état subcomateux. Une fois constitué, le tableau clinique se traduit par une triade symptomatique, le coma, les signes de la série extra-pyramidale et les signes plus ou moins constants de la série catatonique.

Les manifestations hypertoniques déjà signalées par Louis ont surtout été mises en vedette par May et Kaplan. Elles se traduisent par des contractures permanentes localisées ou généralisées, mais surtout par un état de rigidité du type parkinsonnien qui se manifeste aux membres supérieurs. C'est le signe du bras : lorsque passivement on fait fléchir l'avant-bras sur le bras, on constate une raideur qui s'oppose au mouvement et l'on observe le phénomène de la roue dentée. Cette viscosité se retrouve quelquefois au niveau du cou et des membres inférieurs. Ces troubles du tonus musculaire peuvent être simplement associés à l'état de tuphos intense qui réalise la forme ataxo-adynamique, mais quelquefois ils sont associés à du tremblement, à des mouvements involontaires (choréiques ou athétosiques) et quelquefois aussi à des phénomènes paralytiques. Mais, le plus souvent, nous avons pu noter que ces troubles hypertoniques sont associés à des manifestations catatoniques. Cette notion n'est pas de connaissance récente, Bernheim, de Nancy, avait déjà, en 1896, signalé ces faits, Dufour, en 1900, décrivait les états de catalepto-hypertonie dans la fièvre typhoïde. Repris dans la thèse de Latron en 1903, ils sont à nouveau notés dans un travail de Delahet et Mercandier en 1920. Plus tard, après May et Kaplan, Chalier et Froment font état de ces troubles catatoniques. L'observation récemment publiée de Chavany, Bordet et Raimbault décrit encore ce syndrome. Cliniquement, tous les éléments en sont retrouvés, la catalepsie, le négativisme, l'hyperkinésie et les troubles végétatifs. Ce qui domine dans nos observations, ce sont les phénomènes de persévération catatonique des attitudes, c'est ainsi que le malade conserve des attitudes imposées passivement et présente un négativisme des plus nets.

L'évolution est rapide et grave. Le coma s'accentue, les troubles de la déglutition apparaissent et, justifiant le mauvais pronostic signalé par Louis, et nettement posé par May et Kaplan, le malade est emporté en deux à trois jours au cours de phénomènes bulbaires. Cependant, très rarement, si grave puisse-t-elle paraître, cette forme peut s'améliorer, Mlle Benezit cite des cas d'amélioration et nous-mêmes avons pu observer deux cas de guérison, malgré la sévérité du tableau du début. Malgré tout, le pronostic est très sévère et dès que l'on voit chez un typhique apparaître une raideur insolite des membres supérieurs, l'accentuation du tuphos, les plus vives inquiétudes sont justifiées.

A propos de cette forme mésocéphalique sur laquelle nous avons voulu insister, car elle représente le type clinique caractéristique de l'encéphalite typhique, deux problèmes se posent : quelle est la signification de ces troubles, comment les rattacher aux signes nerveux habituels de la maladie typhique ? L'identité de ces manifestations hypertoniques et catatoniques, avec celles de l'encéphalite léthargique, est suffisamment complète pour que l'on puisse les rattacher à une atteinte toxique des centres nerveux mésocéphaliques. Au cours de ce tableau, le tuphos accentué, les troubles de dérèglement thermique et surtout le rapprochement avec les phénomènes pathologiques des tumeurs cérébrales de la région du troisième ventricule, laissent suspecter une atteinte des centres supérieurs du système neuro-végétatif et nous avons déjà vu que cette localisation toxique, prévue par Reilly, prouvée par Tardieu expérimentalement, ne réalise que l'extension aux relais diencéphaliques de la toxine. Si donc, l'atteinte de ces centres supérieurs représente bien cliniquement le fil conducteur qui relie les faits expérimentaux aux observations de la maladie humaine, elle fait plus encore, elle rattache l'encéphalite typhique aux signes nerveux habituels de la dothiénentérie. Comment ne pas attribuer cet état d'indifférence et de prostration que constitue le tuphos, les troubles thermiques, les manifestations ataxo-adynamiques, la carphologie, à une atteinte d'emblée encéphalitique. Et l'on conçoit très bien que Chalier et Froment aient estimé que les signes nerveux de la fièvre typhoïde constituaient une encéphalite à minima. Si le processus toxique s'intensifie une encéphalite grave sera constituée.

4. *Les faits anatomiques.*

Il restait à prouver chez l'homme l'atteinte réelle des Centres nerveux végétatifs par la toxine typhique. Or, jusqu'ici, les précisions anatomiques manquaient, très peu de protocoles nécropsiques avaient été publiés de cas d'encéphalite typhique. Des travaux antérieurs on peut retenir les notions suivantes : depuis les constatations macroscopiques de Louis, il faut arriver aux travaux suscités par l'épidémie d'encéphalite léthargique pour voir se dessiner quelques recherches histologiques. La première étude anatomo-pathologique de Schiff et Courtois reprise par Toulouze, Marchand et Courtois signale des lésions cellulaires diffuses du cortex et des lésions de satellitose et de périvascularite qui avaient déjà été observées dans l'encéphalite aiguë du type Cruchet et Von Economo. Les notes de Grégoire à propos d'une typhoïde maligne n'apportent guère plus sauf la notion de la prolifération des éléments de la microglie qui avait déjà permis à Otto Marburg et Von Economo de classer l'encéphalite typhique. Après les travaux de Reilly, le schéma lésionnel du syndrome malin des maladies infectieuses est remarquablement étudié par Mlle Ladet qui insiste sur les lésions surtout d'ordre vasculaire (œdème cérébral) et sur l'étendue des lésions de la région infundibulo-tubérienne. Plus récemment, la thèse de Mlle Benézit résume les constatations histologiques acquises et en dehors des lésions vasculaires et dégénératives elle note à nouveau la prolifération des éléments de la micro-

glie. Enfin, Tardieu, au cours de ses expérimentations, réalise des études histologiques très fouillées des cerveaux de chiens auxquels il injecte la toxine typhique. Il retrouve les lésions périvasculaires qui prédominent au niveau de la substance grise qui entoure l'acqueduc de Sylvius et discute à leur propos les caractères histologiques de l'œdème cérébral (élargissement de l'espace périvasculaire, état spongieux de la trame nerveuse, aspect lavé des neurones) et il estime que si ces éléments ne sont pas ceux de l'œdème cérébral, ils n'apparaissent qui si le cerveau est œdématié.

De tous ces travaux se dégage l'existence de l'importante réaction microglique et la notion de l'œdème cérébral au cours de l'encéphalite typhique, diffus au niveau du cerveau mais prédominent au niveau de la région infundibulo-tubérienne. Nos recherches, entreprises dans le service de la Clinique des maladies infectieuses de Bordeaux sur les pièces histologiques prélevées sur nos malades morts d'encéphalite typhique nous ont permis d'apporter la preuve de l'atteinte réelle chez l'homme des cellules du diencéphale. Le compte rendu de ces nécropsies a déjà été publié dans la thèse de l'un de nous. Nous en résumons ici les conclusions.

Nous avons laissé de côté la recherche des lésions microgliques, qui sont un fait acquis. Nos recherches ont eu pour but de préciser la localisation et la nature des lésions. Pour cela nous avons systématiquement étudié des prélèvements faits en différents points de l'encéphale (écorce, noyaux gris centraux, région diencéphalique, protubérance, bulbe, cervelet) et nous avons retrouvé les aspects classiques d'un œdème cérébral diffus dans les différentes zones de l'encéphale. C'est ainsi que, dans nos préparations, l'élargissement de la gaine périvasculaire, le flou de la trame nerveuse, l'aspect lavé des neurones, sont des plus net. En outre, nous avons noté des altérations cellulaires très importantes qui se retrouvent de façon diffuse dans l encéphale, mais en aucun point elles ne présentent un degré aussi grave et aussi total que dans la région infundibulo-tubérienne. Ces altérations cellulaires sont caractérisées par plusieurs degrés lésionnels : elle vont de l'excentricité du noyau à la fragmentation des éléments chromatiens à la chromatolyse totale et au laquage cellulaire. Dans un dernier degré la cellule perd tout aspect vivant et c'est à peine si l'on devine ses contours. Elle prend tout l'aspect d'un véritable fantôme cellulaire.

Ainsi donc nos recherches établissent qu'au cours de l'atteinte diffuse de l'encéphale chez nos malades une atteinte primordiale du diencéphale se retrouve, où plus systématiquement et plus gravement des cellules nerveuses sont touchées. Peu importe les signes d'atteinte des autres centres ; le hasard de la localisation en tel ou tel point de l'encéphale apportera des modifications au syndrome axantème-clinique, il n'en résultera pas moins que la note mésecéphalique dominera dans le tableau clinique de la note diencéphalique dans le tableau anatomique.

La Pathologie du diencéphale qui, ces dernières années, s'est enrichie de tant d'acquisitions doit donc à la fièvre typhoïde un appoint nouveau très important. Elle laisse au chercheur bien des problèmes à préciser et bien des faits à réviser.

BIBLIOGRAPHIE

Le lecteur voudra bien se rapporter à bibliographie plus complète dans le travail de l'un de nous : Lavignolle : « Essai sur l'atteinte de Diencéphale au cours de la fièvre typhoïde » (*Thèse Bordeaux*, 1944).

Nous ne citerons que les travaux les plus importants :

Benezit : Contributions à l'étude des encéphalites typhiques. *Thèses Paris*, 1941).

Bouchut et Froment et Guichard : Encéphalites à ferme hypertonique séquelles de type parkinsonnien (*Bull. et mém. de la Soc. des Hôpit. de Paris*, 1933-149 1652).

Joseph Chalier et Froment : Existence de l'encéphalite typhique (*Soc. de Med des Hôpit. de Paris*, 23 mai 1930) ; (*Journal de Med. de Lyon*, 5 juilet 1930).

J. Chalier et Martin : La Forme catatonique de l'encéphalique typhique (*Journal de Med. de Lyon*, 5 janvier 1934).

Dufourt et Froment : Complications et séquelles de nerveuses de la fièvre typhoïde dans l'épidémie de 1918 (*Lyon Méd.*, 6-13 mai 1934).

Giraud et Poinsot : Encéphalites aiguës consécutives aux fièvres typhoïdes (*Soc. Med. de Marseille*, 19 décembre 1934).

Janbon et Chaptal : Aspects cliniques de l'encéphalite typhique (*Soc. des sc. méd. et biol. de Montpellier*, 5 mars-7 mai 1943).

May et Kaplan : L'Hypertonie et les formes encéphalitiques de la fièvre typhoïde (*Bull. et Mém. de la Soc. des Hôp. de Paris*, 4 nov. 1929).

Reilly, Rivallier, Compagnon, Laplane et Du Buit (*Annales de Méd.*, février-mars-avril 1935).

Schiff et Courtois : Encéphalite typhique. Notes cliniques et anatomiques (*Bull. et Mém. de la Société de méd. mentale*, juin 1930).

Tardieu : Le Coma, Doin, 1942.

Toulouze, Marchand et Courtois : Encéphalites psychosiques secondaires (*Presse Méd.*, 12 avril 1930).

Vincent : Expérimentation toxique typhique (*Soc. Biol.* 24 oct. 1943).

Vincent : Les toxines typhiques sécrétées par le bacille de la fièvre typhoïde (*Comm. à l'Acad. des Sc.*, 1943).

GANGRÈNE ISOLÉE D'UN ORTEIL

Par Raymond Dieulafé (Toulouse)

Pour avoir sa pleine signification, ce titre demande quelques explications. « Isolée » ne veut pas dire qu'il y a gangrène d'un seul orteil, mais qu'elle est le seul trouble clinique observé, et en particulier, qu'il n'y a ni modification de la glycémie, ni perturbation dans le fonctionnement des grosses artères. Car il est banal de voir un diabétique présenter une gangrène frappant un seul orteil sans qu'il y ait de lésion d'un gros tronc artériel. Nous pourrions en rapporter plusieurs observations.

Par contre, il nous paraît plus surprenant d'observer la gangrène d'un orteil sans qu'il y ait d'autres manifestations cliniques extériorisant la maladie causale. Pourtant, nous pouvons en rapporter trois exemples :

Le premier concerne une femme de 70 ans, en bon état général, travaillant encore, et qui présentait des douleurs intolérables au niveau du quatrième orteil du pied gauche. Après quelques mois de souffrance, cet orteil devint en quelques jours noir et atrophique. Lorsque la malade nous fut amenée, elle présentait l'aspect d'une gangrène sénile. Mais à l'examen du membre, il ne fut pas possible d'observer aucun des signes d'une artérite de la fémorale ou de la poplitée. La tibiale postérieure battait en arrière de la malléole. Malgré une infiltration novocaïnique du nerf tibial postérieur, les douleurs ne furent pas calmées et la malade dut se résoudre à accepter l'amputation de son orteil momifié. Les douleurs furent calmées en quelques jours et la malade repartit chez elle. Mais trois mois après l'orteil voisin (5e orteil) présenta les mêmes troubles et son amputation fut aussi nécessaire.

Quelques mois après, des nouvelles de la malade nous apprirent que le même syndrome se manifestait au niveau d'un autre orteil.

L'ensemble clinique doit faire conclure à une gangrène sénile sans manifestation clinique d'oblitération d'un gros tronc artériel avec, probablement, localisation du processus oblitérant au niveau des artères terminales.

Le deuxième cas a pour sujet un homme de 58 ans, robuste, et sans passé pathologique. Il se trouvait depuis deux jours atteint d'une tuméfaction douloureuse du 4e orteil du pied droit. Devant l'extension des troubles au dos du pied, il fait venir son médecin qui constate que l'orteil est noir dans sa totalité, et porte le diagnostic de gangrène. De fait à la racine de l'orteil existe déjà un début de sillon d'élimination. La face dorsale du pied, dans la région du métatarsien correspondant, est d'une rougeur intense. Des traînées de lymphangite se dessinent au niveau du mollet.

L'état général montre des signes d'infection. Par contre, l'examen artériel montre une circulation normale dans les divers segments du membre. Le sujet n'est pas diabétique : glycémie normale. L'aspect de l'orteil est tel, les dangers de propagation infectieuse si menaçants que, séance tenante, nous pratiquons la désarticulation métatarso-phalangienne. L'incision est prolongée sur le dos du pied : pansements au Dakin, sulfamidothérapie buccale. Une amélioration notable se produit les jours suivants, mais la suppuration se prolonge ; vers le 10e jour, la cause en est trouvée et supprimée : au fond de la brèche, à la pince, nous saisissons un fragment osseux, nécrosé, qui vient par simple traction : il s'agit de la tête du métatarsien qui a été frappée vraisemblablement, d'emblée, par le processus nécrobiotique.

La guérison survient alors rapidement et se maintient depuis plusieurs mois sans nouvel incident.

L'aspect clinique réalisé ici reproduisait le syndrome d'une gangrène diabétique sans lésion d'un tronc artériel. Mais l'essentiel manquait, c'est-à-dire le diabète ; par contre l'élément infectieux était indiscutable, et probablement la cause.

C'est à l'infection que l'on doit rapporter, à coup sûr, l'apparition d'une gangrène chez la malade de l'observation suivante :

Il s'agissait d'une femme de 45 ans, obèse, mais non diabétique, qui présentait une suppuration du 3e orteil du pied gauche. La collection siégeait au niveau de la commissure, et l'orteil lui-même était seulement œdémateux. Une incision commissurale parut drainer correctement la collection, et la malade repartit chez elle quelques jours après en voie de guérison. Mais cinq à

six jours plus tard, elle fut ramenée à nouveau, son orteil étant redevenu douloureux, répandant une odeur fétide et présentant une teinte lilas. L'amputation indispensable permit une constatation anatomique assez curieuse : l'os (1re phalange) se fractura sans qu'aucune manœuvre violente ait été exercée, comme s'il était déjà en partie détruit. L'orteil était donc nécrosé dans sa totalité. Après sa suppression, la guérison fut rapidement et définitivement obtenue. L'intérêt de cette dernière observation, et c'est ce qui nous pousse à la joindre aux autres est que, chronologiquement, l'infection précéda la gangrène, et paraît bien l'avoir causée.

Les trois observations précédentes, bien que dissemblables en certains éléments, présentent en commun l'absence de diabète, l'intégrité des gros troncs artériels et la localisation de la gangrène sur la totalité d'un seul orteil. Deux questions se posent : Quelle est la cause de la gangrène ? Comment un orteil peut-il être frappé dans sa totalité ?

On a l'habitude de voir la gangrène d'un orteil succéder à un processus artéritique, à la fois thrombosant et générateur de spasme vasculaire, le foyer d'artérite étant situé au niveau du tronc principal du membre ; on peut tout de même admettre que la même lésion peut siéger au niveau de petites artères, commandant un territoire limité. On sait que le diabétique présente assez fréquemment de telles lésions entraînant la formation de placards de gangrène cutanée et de gangrène d'un orteil, le plus souvent compliquées d'infection grave.

On connaît, d'autre part, l'existence de panaris gangréneux dus à certaines infections, mais ils entraînent surtout la destruction nécrotique des téguments et non de la totalité des tissus du doigt, os compris, comme dans nos observations.

Il ne paraît pas inadmissible qu'une infection grave et brutale puisse amener un ralentissement circulatoire dans les artères de petit calibre de l'extrémité distale du pied, soit par spasme, soit par artérite. Il semble qu'il en soit ainsi dans nos deux dernières observations.

C'est peut-être aussi ce qui explique que tous les vaisseaux d'un orteil soient frappés à la fois et qu'il y ait gangrène totale d'un orteil et non pas un simple placard de sa surface tégumentaire. Car on conçoit difficilement que tous les vaisseaux d'un même territoire, mais à origines multiples, soient frappés à la fois du même processus oblitératif. Chaque orteil reçoit, en effet, des artères venant de deux interosseuses dorsales et de deux interosseuses plantaires.

D'ailleurs, la question à laquelle nous cherchons à répondre se pose aussi bien, et peut-être plus, lorsque, cas ordinaire, la gangrène d'un seul orteil se produit comme complication de l'artérite d'un gros tronc : pourquoi tel orteil est-il touché plus qu'un autre, et pourquoi dans sa totalité ? Phénomène coutumier et qui, pour cela, n'étonne plus et ne suscite pas l'explication pathogénique.

Deux mécanismes semblent plausibles : dans le cas de gangrène sèche où l'infection ne peut être invoquée, on peut penser qu'en un point du territoire vasculaire d'un orteil, une oblitération se produit, soit primitive (cas précédent), soit secondaire à un artérite du tronc principal par embolie ou spasme localisé ; de cette zone part un réflexe spasmogène qui frappe tous les vaisseaux de l'orteil, ce qui aggrave le déficit causé par l'oblitération localisée, et entraîne l'ischémie nécrosante. Lorsqu'il y a infection avec la gangrène, il est possible qu'elle joue un rôle dans la détermination de celle-ci ; l'infection survenant sur un territoire mal irrigué, déclenche une nécrose plus extensive que celle qu'elle provoque habituellement (bourbillon du furoncle, par exemple).

Nous avons été entraînés ainsi à rechercher une explication univoque s'appliquant à nos cas de gangrène d'orteil sans artérite du tronc principal, comme à la gangrène d'orteil survenant au cours de l'évolution d'une artérite fémorale ou poplitée. Et ainsi, l'étonnement que l'on peut éprouver à voir un orteil se nécroser en dehors des causes habituelles, diabète ou artérite, se dissipe malgré la rareté relative du fait.

ACTUALITÉS

LA RADIOTHÉRAPIE FONCTIONNELLE ET L'HYPOPHYSE

En raison de son faible volume et de sa situation profonde, l'hypophyse, pendant longtemps, ne fut accessible qu'aux rayons. Nous ne parlerons cependant pas ici de la radiothérapie des tumeurs de la glande. Plus récente et contemporaine pour ainsi dire de la neuro-chirurgie, s'est créée une radiothérapie fonctionnelle qui vise à corriger le déséquilibre de la fonction endocrine, même et surtout en l'absence de tumeur, par une irradiation convenablement dosée. La fonction de l'hypophyse est la complexité même puisque, directement ou indirectement, la glande agit sur d'autres glandes endocrines (pancréas, thyroïde, parathyroïdes, glandes génitales) puisqu'elle agit aussi sur divers métabolismes, en influant aussi sur les centres de la région tubérienne et hypothalamique.

Aussi la radiothérapie fonctionnelle est-elle riche d'espérances et si ses résultats acquis sont encore peu nombreux, elle n'en présente pas moins un grand intérêt physiologique et clinique.

L'action de l'hypophyse sur le métabolisme des hydrates de carbone est connue depuis longtemps et c'est aux hormones glandulaires du lobe antérieur surtout qu'on s'accorde à reconnaître actuellement l'action principale. Hormones multiples : hyperglycémiantes (h. contrainsuline de Houssay, h. ultrafiltrante d'Anselmino et Hoffmann, h. glycogénolytique) ; hypoglycémiantes qui sont, peut-être, surtout les stimulants d'autres endocrines (pancréas, thyroïdes, parathyroïdes).

Dès 1922, Béclère avait freiné des glycosuries au moyen des rayons, d'autres auteurs, depuis, firent la même constatation. La connaissance plus précise des effets de l'insuline montrèrent que certains diabètes relèvent de la lésion non du pancréas mais d'autres glandes, l'hypophyse en particulier, bien que schématiquement tout puisse se comparer à un antagonisme hypophyse-pancréas. De nombreux travaux ont été consacrés à élucider ce problème, parmi lesquel la récente et inédite synthèse de M. Noix (1).

Pour Delherm et Thoyer-Rozat, l'irradiation hypophysaire est indiquée toutes les fois qu'on a des motifs de soupçonner la participation de l'hypophyse dans le processus. Les essais de Cervera (de Barcelone) traitant avec succès par irradiation hypophysaire, en temps de disette d'insuline, des diabètes pancréatiques vrais viennent à l'appui d'une telle conception.

On peut, en pratique, ranger les glycosuries hypophysaires en deux groupes suivant qu'il y a ou non coexistence de tumeur.

Si le diabète coïncide avec une hypertrophie de la glande, ou de certains de ses constituants cytologiques comme dans l'acromégalie ou le syndrome de Cushing, l'essai radiothérapique est licite.

Dans l'acromégalie, la glycosurie est souvent l'accessoire et, avec ou sans rayons, a des variations parallèles à celles des éléments principaux. L'insulinorésistance inconstante est, lorsqu'elle existe, une présomption de l'action anti-insulinique de l'hypophyse et une indication d'irradier. Les doses qui agissent sur elle peuvent être inférieures à une dose cytolytique. Mais la surveillance médicale neurologique doit être très attentive à cause des risques d'accidents sur lesquels nous reviendrons.

Dans le syndrome de Cushing, le métabolisme glucidique serait troublé dans 40 à 50 % des cas. L'action des rayons est inconstante mais peut être des plus brillantes. Mêmes précautions que dans l'acromégalie.

Les glycosuries sans hypertrophie glandulaire sont des diabètes insulinorésistants, diabètes nerveux vrais exceptés, sur lesquels les rayons n'agissent pas. C'est cette insulinorésistance qui est l'indication cardinale de la radiothérapie fonctionnelle. La résistance est le plus souvent partielle et présente des degrés divers suivant que l'insuline agit peu, ou pas du tout ou même ne peut prévenir une aggravation.

L'irradiation, traitement de choix, a d'autant plus de chance d'agir que la résistance étant habituellement passagère, les rayons permettent la traversée d'un moment difficile. Même surveillance que ci-dessus.

L'action au moins indirecte, de l'hypophyse sur le métabolisme des lipides paraît réelle dans divers syndromes. Syndromes d'obésité (obésité, gigantisme, S. de Laurence-Biedl, dystrophie adiposogénitale, de Cushing) ou syndromes d'amaigrissement (cachexie de Simmonds). L'hormone acétonémiante d'Anselmino et Hoffmann paraît en cause mais s'associe peut-être à des actions hormono-neurales.

La radiothérapie paraît assez habituellement décevante lorsque l'hypophyse agit directement ; les cas heureux sont peut-être dus à un effet direct sur un mécanisme pluri-glandulaire sur lequel nous reviendrons.

Du diabète insipide, bien discerné du diabète sucré, depuis le XVIIe siècle, on fait actuellement une viciation du métabolisme de l'eau d'origine hypophyso-tubérienne. De la même origine peut aussi dépendre un syndrome oligurique auquel on a rattaché

(1) M. Noix. Action de la radiothérapie hypophysaire sur les fonctions métaboliques, Paris 1945. Nous remercions très vivement le Dr Noix de l'abondante documentation qu'il nous a fournie.

des œdèmes de la ménopause et de la grossesse (Bauer et Thomas, Cushmann, Lévy-Solal et Laudat). Ces syndromes et peut-être à certains égards, le diabète insipide, peuvent se ranger légitimement parmi les syndromes pluriglandulaires.

Ici encore on n'en est qu'aux essais et qui ne doivent être tentés qu'après échec des médications étiologiques. La polyurie en particulier n'est que partiellement et passagèrement influencée.

Les syndromes pluriglandulaires sont encore un assemblage mal classé de cas d'espèce. Le rôle de l'hypophyse, régulateur central endocrine, fait d'elle le point central où l'action exercée peut propager au plus loin son influence. La clinique a déjà corroboré cette hypothèse.

Ce sont surtout les glandes génitales et la thyroïde qui ont été visées dans les divers essais, mais avec des résultats très inégaux.

Dans un syndrome de Cushing avec obésité et troubles menstruels, succès partiel (Noix); partiel aussi dans un diabète avec glycosurie à rythme menstruel. Succès paraissant lentement obtenu mais durable dans un syndrome adiposo-génital traumatique (Huet). Quelques résultats dans les dysménorrhées (Belot et Stuhl), dans des aménorrhées (Delherm et Fischgold) ; résultats très inconstants dans des œdèmes sans albuminurie lors de la ménopause, lors de la menstruation (Bauer) pendant la grossesse et accompagnés d'oligurie.

L'irradiation peut aussi agir sur des troubles vaso-moteurs : hypertension paroxystique de la ménopause (6 succès et 2 améliorations sur 10 cas. Huet).

Les relations hypophyse-thyroïde sont mises à profit : améliorations dans des hyperthyroïdies (Belot et Stuhl), dans le Basedow (Dumolard, Sarrouy et Tillier, Delherm et Fischgold) alors que d'autres méthodes avaient échoué. De même dans des associations diabète-Basedow Delherm et Fischgold). Dans les obésités l'échec est fréquent. Techniques et posologie sont affaire de spécialiste mais il faut employer à bon escient les doses stimulantes et les frénatrices et veiller aux incidents et accidents possibles.

Certains accidents locaux sont bénins : conjonctivite, sécheresse buccale, agueusie, et transitoires. Graves au contraire les troubles de la vue, les accidents méningés, l'hypertension intracranienne qu'il faut reconnaître tôt pour arrêter définitivement et immédiatement les rayons.

La chute des cheveux, inutile pour une radiothérapie fonctionnelle, peut être évitée grâce aux portes d'entrée antérieures de Delherm.

Le mal des rayons est peu fréquent ; les accidents endocriniens sont plus à craindre : préréaction (Stuhl), stimulation (Mauriac) et surtout accidents de fin de traitement : poussées hyperglycémiques et coma chez les diabétiques, ovarite sclérokystique tardive des obèses (May). Il faut, chez l'enfant, craindre les troubles de croissance, séquelle des irradiations.

La posologie prudente évitera la préréaction, la progression rapide des doses jugulera la stimulation.

Enfin les accidents tardifs seront évités par la posologie à terminaison dégressive après obtention de l'effet cherché.

Bien des points cliniques et techniques sont encore imprécis. Il n'en est pas moins intéressant que la radiothérapie s'ouvre une nouvelle direction, physiologique, d'exploration délicate mais peut-être riche d'avenir.

N. S. — Nous tenons à remercier tout particulièrement M. Delherm, qui a bien voulu nous guider avec une extrême bienveillance.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 8 janvier 1946

Installation du bureau pour l'année 1946. — Allocutions de M. Georges Brouardel, président sortant, de M. Rouvillois, président et de M. Brumpt, vice-président.

Le président annonce le décès de M. Le Noir.

Notice nécrologique sur M. Paul Bar par M. Brindeau.

Pathogenèse des lésions élémentaires de la gale. Recherches cliniques et expérimentales, par MM. Gaté, Cuilleret, et Coudert.

Séance du 15 janvier 1946

Notice nécrologique sur M. Jean Troisier, par M. Ameuille.

Notice nécrologique sur M. Paviot (de Lyon), par M. Fiessinger.

Synergie de la pénicilline et du bismuth dans le traitement de la syphilis expérimentale. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman. — Une activité thérapeutique synergique et accumulative apparaît lorsqu'on administre simultanément, à des lapins porteurs de chancres syphilitiques scrotaux, des doses subthérapeutiques de pénicilline et de bismuth. Alors que ces deux médicaments spécifiques, administrés isolément à doses faibles, n'empêchent pas les récidives et n'exercent guère un effet stérilisant profond, par contre, associés, ils évitent les rechutes et stérilisent l'organisme. L'utilisation du bismuth, en tant que médication renforçant le pouvoir virulicide et stérilisant de la pénicilline, semble donc tout à fait indiqué dans la syphilis humaine.

Discussion : M. Gougerot. — Alors qu'employée seule, la pénicilline ne donne dans la syphilis que des résultats imparfaits et que les arsenicaux associés à la pénicilline sont susceptibles de causer des accidents, l'association pénicilline-bismuth semble à la fois très agissante et peu dangereuse en thérapeutique humaine.

La tuberculose au Danemark sous l'occupation allemande. — M. Knud Faber (de Copenhague). — Présentation par M. Rist. — Pendant la première guerre mondiale, la mortalité tuberculeuse au Danemark augmenta (30 % en 1916-1917), bien que le pays ne prît aucune part à la guerre ; la cause en était l'exportation immodérée de toutes les variétés de produits animaux d'origine animale. En 1918, cette exportation cessa, la mortalité baissa rapidement, de même que la morbidité, et ne cessa de baisser jusqu'à l'heure actuelle. Pendant la guerre 1939-1945, en effet, l'état de nutrition demeura satisfaisant en dépit du pillage allemand grâce au savoir-faire des autorités danoises. Le chiffre des cuti-réactions aux déversages est, par contre, demeuré inchangé.

Discussion : M. Bezançon.

Sur le mécanisme des pneumocomioses dites retardées : radioopacité tardive et déplacements intra-pulmonaires de particules. — MM. Policard et Martin.

Utilisation rationnelle des laits concentrés sucrés d'origine étrangère (U. S. A.). — MM. Blanchard et Thieulin. — Les laits concentrés sucrés étrangers semblent avoir, ces derniers mois, causé divers accidents chez le nourrisson. La flore microbienne ne semble pas en être particulièrement dangereuse mais, même avec une dilution correcte, parfois peu clairement indiquée sur les boîtes, on n'obtient jamais qu'un aliment déséquilibré.

On doit donc, pour le jeune enfant, préférer des laits d'autre sorte et réserver des laits incriminés à l'usage des adultes et des vieillards et aux emplois culinaires.

Discussion : M. Lesné. — La flore microbienne a un rôle qui n'est pas négligeable, surtout dans les laits longtemps stockés. Ces laits, aux Etats-Unis, sont toujours réservés aux emplois culinaires.

Vœu de la Commission de Rationnement alimentaire. — Après avoir entendu M. Charles Richet, l'Académie adopte le vœu suivant : L'Académie enregistre l'espoir d'une solution prochaine dans le conflit de la viande. Elle attire, une fois de plus, l'attention des pouvoirs publics sur l'insuffisance alimentaire actuellement tragique à Paris. L'alimentation des classes pauvres reste, en effet, au-dessous du minimum vital. De plus la quantité déficinante d'origine animale est pratiquement insignifiante. Si, actuellement, peu de Parisiens (vieillards en particulier) meurent de faim, la population entière souffre de restrictions dangereuses.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 16 décembre 1945

Angor coronarien athéromateux à début précoce et à évolution parallèle chez deux jumeaux. — MM. Roger Froment, Guinet, Vignon et Martin-Noël en rapportant ce couple d'observations dotées, l'un d'un examen anatomique, l'autre de tracés électriques, posent la question suivante : ne peut-on apporter en naissant le devenir de son système artériel, autrement dit des artérites tardives en puissance ? Cela expliquerait bien des inconnues en matières de pathogénie des troubles artériels.

La sténose aortique par valvulite syphilitique calcifiée. — MM. Roger Froment et A. Gonin groupant trois observations de ce type avec constatations anatomiques précises et

formelles, concluent que s'il faut toujours éliminer l'étiologie syphilitique devant une sténose aortique solitaire, il est parfois sage de ne pas la récuser formellement au lit du malade, devant des signes certains de sténose aortique doublant une insuffisance que tout indique syphilitique.

Cardiodynamométrie. Epreuve pratique de détermination de la valeur fonctionnelle du cœur. — M. A. Pruche montre les résultats d'une méthode cardiodynamométrique simplifiée, dérivée de celle précédemment exposée, permettant de déterminer cliniquement la valeur fonctionnelle des deux cœurs, grâce à son appareil : le cardiodynamomètre, à la fois pléthysmoscope et phlébotensiomètre. Les épreuves dynamiques fonctionnelles présentées par l'auteur consistent à rechercher avant et après des exercices définis : pour le cœur gauche, un indice du débit systolique dont on étudie les variations ; pour le cœur droit, la pression dans la circulation de retour dont on met en évidence les oscillations. Ces données sont obtenues par la méthode pléthysmographique appliquée au membre supérieur. M. A. Pruche insiste sur la constance des résultats chez le sujet normal, sur la possibilité de déceler des insuffisances cardiaques plus ou moins latentes ; sur la mise en évidence par la cardiodynamométrie de l'évolution fonctionnelle des hyposystolies : amélioration, aggravation ; sur la nécessité de conjuguer toujours les épreuves cardiodynamométriques à l'examen radiologique orthodiagraphique. Enfin, la méthode permet d'éliminer les débiles, les inaptes aux sports poussés, à l'aviation.

L'affinement du diagnostic électrocardiographique par l'épreuve d'hypoxémie. — MM. J.-P. Chapuis, Ed. Jequier-Doge et G. Werner (clinique du professeur Michaud, Lausanne). — Des recherches, entreprises avec une technique spéciale, les auteurs concluent que l'électrocardiogramme en hypoxémie permet de mettre en évidence des modifications pathologiques, que ne relèvent souvent pas les électrocardiogrammes au repos ou après effort ; ces modifications consistent, surtout, en affaissement de la pièce intermédiaire et en négativation de l'onde T., particulièrement accentués en D IV F. Il est possible ainsi de dépister des lésions du myocarde, échappant aux méthodes usuelles d'investigation. L'usage d'un sympathicolytique nouveau, permet d'atténuer et de diminuer les causes d'erreurs, dues à la sympathicotomie.

A propos des signes d'auscultation du rétrécissement pulmonaire. — MM. D. Routier et J.-E. Escalle. — La présence d'un souffle systolique au 2e E. I. G. avec frémissement n'impose pas le diagnostic de rétrécissement isolé de l'artère pulmonaire. Les observations anatomo-cliniques sont très rares en regard de la fréquence de ces signes d'auscultation dans d'autres affections car la conformation de l'infundibulum pulmonaire, du tronc de l'artère pulmonaire et de l'appareil valvulaire est très propice à la production de signes d'auscultation semblables.

Les modifications de l'onde P d'origine coronarienne. — MM. Pierre Dailheu-Geoffroy et Daniel Routier. — Cette question a déjà été étudiée à l'étranger par Master et Standers aux Etats-Unis, Lambert et Reigier en Belgique. En France, les auteurs sont les premiers à avoir effectué ce travail au point de vue clinique. Leurs conclusions, assez voisines de celles des auteurs étrangers, sont les suivantes : étude de 327 angineux, dont 271 hommes et 58 femmes. 28 % d'entre eux avaient des ECG normaux. Parmi ceux-ci, 24 ont, en réalité, une onde P modifiée. Au total, les modifications de P s'élèvent à 38 %, consistant, dans l'ordre décroissant de fréquence en : inversion, bifidité, augmentation d'amplitude, élargissement, crochetage, diphasisme. Il est à noter que sur 46 infarctus, il y avait 20 modifications de P., deux fois plus fréquentes dans les infarctus P1 T2 que dans les infarctus T2 T3. Les auteurs concluent que :

1° P est modifié un peu plus d'une fois sur 3 angineux avec ECG normal ;

2° P est modifié une fois sur 3 angineux, en général.

Ces modifications sont, dans un nombre élevé de cas, analogues à celles du complexe ventriculaire dans les affections coronariennes aigües ou chroniques, mais la simultanéité des altérations n'est pas obligatoire, et il est intéressant de constater qu'une certaine proportion d'ECG, d'apparence normale chez des angineux, révèle à un examen plus attentif des modifications de l'onde P. Ce fait, très important, doit aider au diagnostic de coronarite, quelquefois difficile à poser en présence d'un examen objectif négatif.

Histoire d'un épanchement péricardique à répétition asséché par l'administration d'extrait thyroïdien. — M. J.-M. Boivin, de Tours. — Observation d'un épanchement péricardique ponctionné plus de 75 fois en 16 ans, asséché en quinze jours et depuis plus de trois ans par l'administration sub-continue d'extrait thyroïdien.

Actinomycose pulmonaire et cardiaque. — MM. Soulié, Bouvrain, Sicot et Roche. — Observation d'une malade atteinte d'actinomycose pulmonaire ayant envahi le cœur, par contiguité. Altérations électrocardiographiques importantes.

De quelques résultats obtenus par la dérivation directe intra-cardiaque des courants électriques de l'oreillette et du ventricule droits. — MM. J. Lenègre et P. Maurice introduisent, par les veines du bras, une sonde urétérale n° 13, opaque aux rayons X, jusque dans l'oreillette et le ventricule droits. L'extrémité cardiaque de cette sonde est constituée par une électrode exploratrice mousse en étain. Elle est reliée à un électrocardiographe à lampes qui permet d'obtenir simultanément une dérivation intra-cardiaque (cavité cardiaque droite-jambe gauche) et les trois dérivations périphériques usuelles.

L'étude des tracés électriques ainsi obtenus permet : 1° d'enregistrer un auriculogramme ou un ventriculogramme droits, jusqu'ici dérobés à l'investigation en pathologie humaine ; 2° d'observer des troubles du rythme et des tracés électriques du cœur (par exemple bloc type Wilson transitoire, extrasystoles ventriculaires gauches ou droites, isolées ou en salves) ; 3° de préciser, par l'étude du début de la déflexion intrinsèque, l'origine droite ou gauche des troubles rythmiques ou électriques ventriculaires.

Bien que l'analyse des tracés soit parfois encore délicate, on peut espérer, grâce à cette méthode inoffensive, faire progresser nos connaissances sur la chronologie de l'excitation intra-cardiaque, et apporter de nouveaux éléments d'appréciation dans l'étude des extrasystoles et des blocs de branche.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 8 décembre 1945

I. — Interactions bactériennes chez les colibacilles : effet antagoniste et induction de transformations dans les propriétés des germes.

II. — L'acide thymonucléique polymérisé, principe paraissant susceptible de déterminer la spécificité sérologique et l'équipement enzymatique des bactéries. Signification pour la biochimie de l'hérédité. — MM. A. Bouvin, A. Delaunay, R. Vendrely et Mme Y. Lehoult étudient les diverses interactions qui peuvent se manifester lorsque deux types de colibacilles sont ensemencés dans le même milieu : action antagoniste due au fait que l'un des colibacilles porte, en mode inapparent, un phage actif sur l'autre ; effet antagoniste dû à l'élaboration de substances antibiotiques ; induction de transformations dans les propriétés biochimiques et antigéniques de l'un des germes, qui vient en quelque sorte s'aligner sur l'autre germe. Cette dernière action est due à un acide thymonucléique hautement polymérisé, élaboré par le germe inducteur et résultant probablement d'une certaine « solubilisation » de son appareil chromosomien rudimentaire. La signification de ce fait est discutée au point de vue de la biochimie de l'hérédité.

Tactisme des macrophages observé en culture de tissus. — MM. E. Lasfargues, A. Delaunay et R. Vandrely ont vu, dans certaines conditions, les macrophages attirés par des microbes ou leurs constituants chimiques, ce qui contribue à faire comprendre la genèse des réactions inflammatoires, chroniques principalement.

Mécanisme de l'action antibiologique de la Corylophiline. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman relèvent une anargygrophilie, une transformation en stromas et une lyse précoce (qu'ils opposent à l'anabiose presque immédiate, suivie d'un effacement tardif de l'affinité argentophile, obtenue par l'action antibiotique de la pénicilline).

Des modifications des réponses aux intra-dermoréactions de tuberculine sous l'influence des facteurs de diffusion. — MM. P. Gastinel et R. Fasquelle modifient profondément les réactions obtenues par l'adjonction aux produits injectés dans le derme de substances diffusantes (extrait testiculaire), ce qui amène un abaissement de la concentration du réactogène (tuberculine ou encore antigène vaccinal) au-dessous du taux nécessaire à provoquer la réaction. Chez certains malades cachectiques, pourrait exister de même une perméabilité plus grande de la substance fondamentale de l'appareil conjonctif à l'égard des produits introduits : ainsi se trouvaient expliquées certaines anergies cutanées terminales au cours de la tuberculose, ou momentanées au cours de l'évolution de diverses infections.

Recherches chromaximétriques sur la prévention par les sucres et l'hyposulfite de sodium de l'intoxication cyanhydrique. — M. P. Chauchard, Mme H. Mazoué et M. R. Lecoq montrent par l'analyse chromaximétrique, chez le rat blanc, que l'antidotisme de l'hyposulfite de sodium s'exerce dans l'intimité des tissus, même après injection ou ingestion préalable (thérapeutique proprement curative) ; tandis que l'antidotisme des sucres réducteurs exige un contact préalable (thérapeutique uniquement préventive).

La notion d'antivitamine P. — MM. J.-L. Parrot et H. Cotareau ont trouvé une activité « antivitamine P » non seulement à certains extraits végétaux, mais encore à une solution de d-catéchine (mélanges d'épinières), normalement douée d'une grande activité vitaminique P, mais soumise à un vieillissement à l'air, ou à son chauffage à 100° pendant une heure (ce qui donne un corps rouge qui est vraisemblablement un produit de polymérisation de la catéchine).

L'action antianémique de la méthionine chez le rat. — MM. A. Gajdos et A. Erkeletyen soulignent l'importance de cette action au cours de l'intoxication par le tétrachlorure de carbone ; d'autre part un régime pauvre en méthionine a une action déglobulisante que corrige cet acide aminé.

Election. — Mme Khouvine est élue membre titulaire.

Séance du 22 décembre 1945

Les modifications cytologiques du pancréas insulaire après la castration. — MM. M. Sendrail, A. Bazex, C. Bisses et J. Orsini ont constaté, chez le Cobaye, après la castration : pendant les premières semaines, une hypergenèse des cellules B (éléments insulinogènes), contemporaine d'une phase hypoglycémique ; ultérieurement, une hypergenèse du type α, avec phase hyperglycémique. Ils voient là une traduction de l'effort de compensation de l'organisme devant la brusque carence des sécrétions testiculaires hypoglycémientes.

Accroissement de la sensibilité à l'histamine chez le Cobaye soumis à un régime scorbutigène. — MM. J.-L. Parrot et G. Richet établissent que la sensibilité à l'histamine s'accroît chez les animaux soumis au régime scorbutigène ; mais, au bout de 15 jours de ce régime, une forte dose de vitamine P peut encore ramener cette sensibilité à la normale. La vitamine P ne se comporte pas comme un antagoniste de l'histamine ; mais il est possible que les manifestations pathologiques imputables chez l'homme à l'histamine (accidents anaphylactiques ou anaphylactoïdes, ulcères gastriques ou duodénaux) soient favorisées par une carence en vitamine C ou P et atténuées par le traitement de cette carence.

Activité thérapeutique de la pénicilline administrée per os. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman, avec la pénicilline (sel sodique) *per os*, auraient obtenu un effet thérapeutique satisfaisant chez des souris contaminées de staphylocoque et chez des lapins porteurs de chancres scrotaux (souche Gand), avec cependant, dans ce dernier cas, des récidives tardives qui manquent quand la pénicilline est injectée directement dans le duodénum (la pénicilline ingérée étant détruite, au moins en partie, par le suc gastrique).

Le thrombogramme conçu comme courbe statistique de fréquences cumulées. — M. I. Bertrand considère les thrombogrammes obtenus à l'aide d'électro-photomètres comme la courbe intégrale des accroissements successifs d'opacité. Ces accroissements ou opacités élémentaires obéissent généralement à une distribution de Gauss que trois paramètres déterminés graphiquement suffisent à définir : la valeur modale de coagulation plasmatique moyenne ; la dispersion du système ; l'opacité différentielle totale.

Dosage de l'effet stérilisant de la pénicilline dans la syphilis cliniquement occulte de la Souris. — MM. C. Levaditi, A. Vaisman et H. Vaisman-Noury ont trouvé comme dose minima curative et stérilisante 300.000 unités Oxford par kilogramme. Par doses fractionnées et souvent répétées, cette dose peut être abaissée de 20 à 40.000 U. O. par kg. Alors que le virus récurrentiel névraxique est particulièrement pénicillino-résistant, la stérilisation du système nerveux serait ici spécialement facile à réaliser.

La pénicilline dans l'infection tétanique de la Souris. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman n'ont observé aucune activité thérapeutique de la pénicilline chez les souris infectées avec des cultures de bacilles tétaniques (même débarrassées au préalable de la toxine que de telles cultures contiennent), et cela malgré l'action antibiotique *in vitro* vis-à-vis du *Cl. tetani*.

Elections. — MM. Léon Binet et Charles Richet sont élus vice-présidents de la Société de Biologie.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 19 décembre 1945

Hérédité mendélienne et stigmates de dégénérescence. — M. G. d'Heucqueville, en se basant sur l'étude de 10.000 enfants et de 3.000 procréateurs, admet que les maladies chroniques des générateurs multiplient le nombre des enfants anormaux par exagération des tares récessives. Il en tire des applications pathogéniques et thérapeutiques.

Syndrome adiposo-génital et lésions nerveuses. — M. Laplane, Mlle Oemichen et M. Lhermitte présentent un garçon atteint d'obésité, de dystrophie génitale, d'agénésie des extra pyramidale. Ils pensent à une lésion du diencéphale de cause inconnue, peut-être d'origine congénitale.

Dysenterie amibienne mortelle contractée en France. — M. Delthil rapporte l'observation d'un nourrisson de 18 mois atteint de dysenterie amibienne suraiguë avec fièvre à 40°, chez lequel la guérison semblait s'annoncer sous l'influence de l'émétine quand survinrent des complications encéphalitiques entraînant, en quelques heures, la mort dans le coma.

Note sur la composition du lait de femme. — MM. Levesque et Piette ont recherché dans les éléments oligominéraux du lait de femme la base du « facteur neurophylactique » de Levesque. Le rôle du cuivre et du fer leur paraît peu probant ; celui du manganèse, par contre, leur paraît de la plus haute importance, car il est en plus forte proportion dans le lait de femme que dans le lait de vache. Ils en ont tiré des applications thérapeutiques en traitant certaines toxicoses par l'administration de cendres de lait naturelles ou synthétiques.

Anémie grave du nouveau-né et agglutinines anti-Rh sous forme incomplète. — MM. Tzanck, Lévy-Solal et Bessis rapportent l'observation d'un nourrisson de 3.500 gr. issu d'une primipare de 22 ans, atteint d'un ictère avec anémie grave à 2.500.000 ayant guéri le 19e jour. Le sang maternel était Rh-A, celui du père et de l'enfant Rh+O. L'étude des agglutinines a montré chez la mère une agglutinine incomplète. Cette dernière peut expliquer certaines anomalies constatées jusqu'à ce jour.

Etude radiologique puis pathogénique d'un cas de rachitisme congénital. — M. Blechmann et Mlle Leusonneur rapportent l'observation d'un enfant de six semaines atteint de rachitisme typique des os longs et de craniotabès vite amélioré par la vitamine D et le calcium. La radiographie montrait des lésions de périostite ossifiante du tibia et du péroné qui auraient été autrefois considérées comme syphilitiques .Les auteurs se demandent si un psoriasis maternel ne pourrait être à l'origine de ces troubles osseux.

Lympho-sarcomatose manifestée par une tumeur du menton. — M. Fèvre a observé chez un nourrisson de 2 mois une mentonnière, rosée, peu adhérente à l'as, compliquée d'un ganglion sous-maxillaire dont il a fait l'exérèse chirurgicale. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'une lymphomatose. Ultérieurement sont apparus une splénomégalie, une anémie intense avec lymphocytose à 69.500. L'enfant est mort quelques semaines plus tard malgré la radiothérapie.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Séance du 19 novembre 1945

Le fibrome utérin chez la femme au travail. — M. R. Hamelin.

A propos de deux images d'oblitération tubaire bilatérale après hystérographie. — M. Jacques Grasset rapporte deux cas d'images d'oblitération tubaire bilatérale chez deux femmes :

L'une ayant présenté, dès le mois suivant, sans qu'elle ait eu à subir de traitement quelconque, une gestation qui a normalement évolué.

L'autre qui, atteinte d'infantilisme génital, est devenue enceinte 8 mois plus tard, dès que l'utérus eut atteint un certain développement.

Il existe donc à l'origine de ces défauts de perméabilité tubaire deux facteurs jusqu'ici peu mis en évidence :

Les spasmes tubaires siégeant au niveau de la partie intramurale de la trompe ;

L'infantilisme génital, qui doit conditionner une insuffisance du calibre des trompes.

Ces notions montrent tout l'intérêt qu'il y a de faire précéder les explorations tubaires par l'administration d'antispasmodiques. Elles incitent aussi à ne pas toujours considérer les images d'oblitération tubaire comme traduisant une lésion organique définitive et à ne pas nier dans ces cas, toute possibilité de fécondation ultérieure.

Phlébites et embolies en chirurgie gynécologique. Médications nouvelles. — M. P. Ulrich constate d'abord que phlébites et embolies postopératoires sont moins redoutées à l'heure actuelle que naguère. Il y a 25 ans, sur 5 % des décès postopératoires dans le fibrome, 3 % au moins étaient dus à l'embolie. Cette régression du « péril bleu » est la conséquence des précautions méthodiques mises en œuvre. Les travaux de Chalier sur l'excellence du lever précoce y ont contribué pour une large part. Le choix de la technique opératoire y sont égalment pour beaucoup. Ulrich a démontré, en effet, que l'hystérectomie vaginale aussi bien que la myomectomie abdominale conservatrice ne sont pour ainsi dire jamais suivies d'embolies. Les traitements pré et postopératoires de l'appareil cardio-vasculaire occupent également une place importante dans la prévention des embolies et des phlébites.

De nouvelles et très intéressantes perspectives s'ouvrent par l'introduction dans la thérapeutique de deux médications récentes, non encore généralisées : l'héparine d'une part, la dicoumarine (3-3 méthylène bis 4 hydroxycoumarine) de l'autre.

Un cas d'endométriome du ligament rond. — MM. H. Payer et Pierre Isidor.

SOCIETE DE MEDECINE DE PARIS

Séance du 23 novembre 1945

Sur la consolidation accélérée des fractures. — M. Raphaël Massart. — L'auteur fait part des résultats qu'il a obtenus dans les cas de retard de consolidation avec des injections d'acétylcholine. Ce médicament, qui agit sur la vasomotricité locale, favorise l'hyperémie et l'apport au foyer de réparation des éléments minéraux dont l'os brisé a besoin.

Quelques considérations médico-légales sur un avortement criminel avec syndrome hépato-rénal. — MM. J.-E. Marcel, L. Derobert, E. Boyer et J. Bosche. — 48 heures après une injection intra-utérine d'eau de savon et l'ingestion de 12 grammes d'aspirine, une jeune femme fait une hépato-néphrite apyrétique avec ictère sans hémolyse, anurie sans azotémie, ayant entraîné la mort, le 7e jour. L'absence de signes généraux et physiques n'avait pas permis de dépister l'infarctus utérin, avec ulcération nécrobiotique et péritonite purulente généralisée, découvert à l'autopsie. La sage-femme, indubitablement coupable, n'a pas été inquiétée. Les auteurs réclament une enquête et l'organisation par la Société de Médecine d'une séance extraordinaire, consacrée à l'étude médico-sociale de l'avortement criminel dans la prodigieuse fréquence fait actuellement un véritable fléau social.

Une endocardite rhumatismale à forme asystolique heureusement influencée par les sels mercuriels. M. J. Courtois et Mlle Lelièvre. — Chez une femme de 47 ans, ayant fait une R. A. A. à 30 ans et présentant une valvulite mitrale, se manifeste à l'occasion d'une nouvelle crise rhumatismale une endomyocardite évoluant rapidement sur un mode asystolique.

Le symptôme initial étant un épanchement pleural qui amène la malade à l'hôpital avec le diagnostic de pleurésie séro-fébrineuse.

Très rapidement, et malgré les toni-cardiaques, glace sur le cœur, cure salycilée, s'installent et progressent rapidement des signes d'asystolie :

— Dypsnée avec cyanose ;
— Hépatomégalie douloureuse ;
— Tachycardie ;
— Oligurie extrême.

Une injection I. M. de sel mercuriel déclenche une diurèse importante mais de courte durée, une deuxième injection une semaine plus tard, amène progressivement une polyurie durable à 2 litres, ce qui entraîne la fonte des œdèmes permettant une meilleure action des tonicardiaques.

Tous les signes d'asystolie disparaissent, guérison complète avec retour à l'état antérieur.

Une septico-pyohémie d'origine génitale traitée par cataphylacto-transfusion. — M. Courtois et Mlle Lelièvre.

Réflexions sur la chirurgie esthétique du sein. — M. R. Kaufmann.

Séance du 22 décembre 1945

Les instables psycho-moteurs. — M. de Parrel. — L'instable n'est pas inintelligent, mais son attention s'est dispersée au maximum ; l'instable n'est pas dépourvu d'imagination, mais il ne sait pas la freiner, l'instable n'est pas privé de mémoire mais il ne sait pas ordonner ses souvenirs. Ce qui est pathognomonique dans son comportement, c'est, d'une part, l'agitation continuelle de ses membres, de son regard, de son cerveau, d'autre part, ses tendances à l'opposition, à l'indiscipline, à l'école buissonnière, pour tout dire, à l'incoordination et à la désorientation du caractère. L'auteur fait ressortir les aptitudes et surtout les inaptitudes de tels sujets ; il dessine le schéma de leur traitement rééducateur : entraînement de l'attention, fixation méthodique des images recueillies par la mémoire, entraînement de la coordination psycho-neuromotrice, psychothérapie active. Il indique les résultats qu'on en peut attendre du point de vue scolaire, moteur, morale et social.

Sur un cas de paludisme autochtome. — M. Oppert.

Torsion utéro-vaginale d'un fibrome. — M. P. Le Gac.

Ulcère de la grande courbure de l'estomac. — M. P. Le Gac. — Localisation rare de l'ulcère, révélée dans le cas particulier par des hématémèses abondantes, chez un malade à passé gastrique. Avantages de la radiographie en couche mince, qui a permis d'affirmer l'ulcère, alors que la radiographie en couche opaque, donnait un aspect lacunaire, en imposant pour un néoplasme gastrique. Gastrectomie large.

ANALYSES

Sur les résultats et indications de la parathyroïdectomie dans le traitement des rhumatismes chroniques. P. Mallet-Guy et R. Geay (Lyon). (*Revue d'orthopédie et de chir. de l'appareil moteur*, tome 30, nos 5 et 6, sept.-déc. 1944, pages 134-139.)

Le traitement des polyarthrites ankylosantes par la parathyroïdectomie date de 1926 (Oppel). Leriche et ses élèves l'introduisirent en France, mais elle fut peu à peu abandonnée devant l'incertitude des résultats : 7 succès sur 12 cas (thèse Henry, 1934).

Les auteurs, analysant les divers travaux parus, montrent que ce déchet de 40 à 60 % tient à deux choses : 1° l'intervention a été employée à tort dans des cas où il n'y avait pas d'hypercalcémie ; 2° dans certains cas on n'a pas enlevé de parathyroïde, fait de simples ligatures artérielles, ou l'examen histologique de la pièce n'a pas été fait ou s'est montré négatif.

Se basant sur 13 observations personnelles, les auteurs montrent que dans les rhumatismes ankylosants présentant une hypercalcémie nette, à 0 gr. 110 et au-dessus, avec localisation vertébrale prédominante, l'ablation d'une parathyroïde vérifiée par l'histologie, amène une chute immédiate de la calcémie de 10 à 20 %, la disparition des douleurs, la diminution de l'enraidissement, ceci a été spécialement net dans la spondylose rhizomélique.

M. L.

A propos du traitement des polyarthrites chroniques par un sel de cuivre. — J. Michez et P.-E. Ortegat (*Bruxelles Médical*, 14 janvier 1945).

La chrysothérapie est l'un des traitements les plus actifs de la polyarthrite chronique d'origine infectieuse, mais présente bien des contre-indications et des risques. Fenz a. ces dernières années montré l'intérêt de certains sels cupriques. Les auteurs ont, pour leur part, fait des essais avec le cupro-oxyquinoléine sulfonate sodique *per os* ou intraveineux, 0,40 à 0,60 par jour pendant 4 à 8 semaines. *Per os* ce produit a donné une amélioration moyenne dans 21 % des cas. Ils ont employé également le cupro-oxyquinoléine sulfonate de diéthylamine, solution à 10 %, 3 ampoules de 5 cc. par semaine, jusqu'à dose totale de 10 gr. et ont obtenu 57 % d'amélioration moyenne (10 cas).

Aucun incident n'a marqué ces essais. Les auteurs considèrent la polyarthrite comme une réticulite d'origine toxi-infectieuse non infectieuse ; les sels de cuivre freineraient la suractivité des affinités cliniques du réticulum conjonctif enflammé.

R. L.


VITAMINE B1
aneurine cristallisée
BÉNERVA
"ROCHE"
TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES
DOSAGE NORMAL
Ampoules de 1cc.
dosées à 2 milligrammes
Boîte de 6
1 ampoule tous les jours
ou tous les 2 jours et plus
(voie sous-cutanée)
AMPOULES
DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc.
dosées à 10 milligrammes
Boîte de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours
et plus
(voie sous-cutanée)
COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour
selon les cas.
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie, 10, Rue Crillon, PARIS (4)


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules
Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE
Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)
HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau



Dans l'ACIDOSE des SOUS-ALIMENTÉS
due à un déséquilibre ionique de l'organisme
FORMULE JACQUEMAIRE n° 60
équilibrant minéral par sa Magnésie associée aux Glycérophosphates polyvalents et à la Silice
DOUBLE ACTION
NEUTRALISANTE (ramène le pH à la normale)
REMINÉRALISANTE (répare les pertes minérales)

Les dyspnées des cardiaques. M. Macaud (*Le Médecin Libre*, février 1945).

La dyspnée constitue un des premiers signes de la petite insuffisance cardiaque ; c'est un symptôme d'alarme qui nécessite la mise en jeu d'une thérapeutique active.

Parmi les traitements préconisés ces dernières années, l'auteur rappelle le Québracho blanco étudié par Henri Leclerc, la novocaïne en injections intraveineuses, qui a donné lieu à un certain nombre de travaux, et surtout la théophylline-éthylène-diamine.

Dans les cas d'insuffisance cardiaque légère avec dyspnée d'effort, on obtient une disparition rapide de l'essoufflement par l'administration de la théophylline-éthylène-diamine par voie buccale (deux à six comprimés à o gr. 10 par jour) ou sous forme de suppositoires (un à deux suppositoires de o gr. 40 par jour).

Dans les cas de dyspnée plus intense et dans les accidents paroxystiques de l'insuffisance ventriculaire gauche, la théophylline-éthylène-diamine sera utilisée en injections intramusculaires (ampoules dosées à o gr. 50 pour 2 cc.), ou en injections intraveineuses, soit employées seules, soit associées à l'ouabaïne lorsqu'il s'agit d'œdème aigu du poumon. Récemment, Lian, Facquet et Fromusan ont montré que la théophylline constituait un traitement quasi spécifique de la dyspnée de Cheyne-Stokes.

De tout ceci, l'auteur conclut que « parmi les médications actuellement employées pour soulager les cardiaques de leur dyspnée, la théophylline-éthylène-diamine occupe le premier plan, qu'il s'agisse de dyspnée d'effort, de dyspnée de décubitus, d'œdème aigu du poumon, ou même de dyspnée de Cheyne-Stokes ».

Ostéite fibro-kystique d'origine rénale. P. Decoulx, F. Vandendorp et G. Bonte (*Revue d'orthopédie et de chir. de l'appareil moteur*, t. XXXI, nos 1-2, janvier-avril 1945).

A propos d'une observation nouvelle, la dixième publiée, les auteurs font une étude générale avec bibliographie complète de la question. Ils montrent que si l'aspect radiographique de ces cas est absolument superposable à celui de la maladie de Recklinghausen, les deux affections s'opposent cliniquement et par leur pathogénie. Dans la maladie de Recklinghausen, c'est un adénome parathyroïdien qui est le *prémum movens* de l'affection. On constate que l'hypercalcémie avec hypophosphatemie. Cette hypercalcémie peut à la longue conduire à des lésions secondaires du rein.

Dans le cas présent, c'est la néphrite qui est primitive : on trouve de l'hypocalcémie, une augmentation des phosphates et des phosphatases dans le sang. Cette perturbation du métabolisme du calcium entraîne une hypertrophie des parathyroïdes portant sur les quatre glandes et sans adénome vrai. La différenciation des deux syndromes peut être très difficile et conduire à l'exploration chirurgicale des quatre glandes parathyroïdes, seul moyen de conduire à un diagnostic certain. M. L.

L'emploi de la pénicilline dans l'angine de Ludwig. D. M. Bean et W. C. Mackenzie. (*Canadian Medical Association Journal*, juin 1945).

Les essais se sont poursuivis depuis 1944 avec la précaution d'une trachéotomie préalable dans tous les cas, pour parer à un insuccès possible.

Dans aucun cas un traitement autre que la pénicilline n'a été nécessaire. La pénicilline maîtrise l'infection dans la grande majorité des cas, lorsqu'elle est administrée tôt et diminue le nombre des cas justiciables d'une intervention d'urgence. R. L.

La pénicilline dans le traitement des infections chroniques des bronches et des poumons. Earle B. Kay et Richard H. Meade Jr (*The Journal of the American Medical Association*, 15 septembre 1945).

93 sujets atteints d'infections chroniques des bronches et des poumons ont reçu de la pénicilline.

D'une manière générale, celle-ci perd son activité à mesure que la maladie s'éloigne davantage de sa période aiguë, influencée qu'elle est par les destructions tissulaires, la fibrose, la pauvreté vasculaire et l'occlusion bronchique.

Même lorsque l'expectoration diminue, il y a peu de modification de la flore microbienne.

La pénicilline est surtout active contre les poussées aiguës intercurrentes et comme préparation aux interventions pulmonaires dirigées contre les suppurations. La voie intratrachéale donne de meilleurs résultats que l'intramusculaire contre la bronchectasie et la bronchite chronique (30 à 50.000 U. O. par jour).

Les lésions anatomiques semblent peu influencées. R. L.

Accidents consécutifs à l'action des fumées contenant du chlorure de zinc. Ernest H. Evans (*The Lancet*, 22 septembre 1945).

Observation de 17 sujets exposés à des fumées contenant à haute concentration du chlorure de zinc, parmi 116 individus atteints par un sinistre et parmi lesquels 10 sujets sont morts, soit dès les premiers instants, soit après quelques heures. L'action porte surtout sur la muqueuse naso-pharyngée et les voies respiratoires ; on observe de la pâleur avec cyanose résistant à la saignée et à l'oxygénothérapie. La morphine lutte efficacement contre l'anxiété et l'agitation. R. L.

Les déficiences alimentaires à Hong-Kong avant l'invasion japonaise. Lydia Fenily (*The British Medical Journal*, 6 octobre 1945).

Les avitaminoses ont été fréquentes, surtout avitaminose B et B_1 due à la consommation d'un riz glacé longtemps entreposé. L'avitaminose C a été aussi observée, associée aux précédentes.

La mortalité, très élevée à Hong-Kong, même comparativement au reste de la Chine, est sans doute la conséquence de ces avitaminoses et de la consommation de riz défectueux. R. L.

Syphilis congénitale chez un nourrisson traitée par la pénicilline. Alex Comfort (*The Lancet*, 6 octobre 1945).

La mère de l'enfant a contracté la syphilis au 7e mois de la grossesse et a été traitée par l'arsenic et le bismuth. L'accouchement est normal et l'enfant apparemment sain. 9 semaines après la naissance paraissent du coryza, de la dyspnée, une éruption, de la fièvre, des accidents pulmonaires et l'on découvre des stigmates spécifiques. On emploie d'abord la sulfapyridine, puis la pénicilline intramusculaire. Une première série s'élève à 412.000 U. O. administrées en injections de 38.000 U. O. toutes les quatre heures. Après 6 jours d'interruption et de calme, on reprend le traitement : 9.500 U. O. toutes les quatre heures jusqu'à 95.000 U. O. au total pendant 2 jours, puis acétylarsan. Au 21e jour, reprise de la pénicilline à la même dose qui procure l'amélioration définitive. Positif au début, le Wassermann est devenu négatif et le demeure. La pénicilline semble avoir agi à la fois sur la broncho-pneumonie et sur les signes de syphilis. Les douleurs dans les membres ont été très diminuées. Aucune modification radiologique du squelette. R. L.

La syncope chez les donneurs de sang. — F. C. Poles et M. Boycott (*Lancet*, 7 novembre 1942).

Sur 10.000 donneurs, on a observé 2,9 % de syncopes immédiates et 14 % de syncopes différées, bien que toutes les précautions nécessaires aient été prises au moment de la transfusion. Les deux sexes y sont également sujets, mais avec une certaine prédominance chez les sujets jeunes. La quantité de sang soustraite est secondaire tant qu'on reste au-dessous de 440 cmc.

La T. A. tombe aussitôt la soustraction sanguine chez tous les sujets pendant quinze minutes environ ; la tension minima monte légèrement, puis retombe chez les sujets qui font une syncope. Il y a sans doute crise vasovagale. On doit donc éviter la prise de sang quand le donneur est fatigué. On doit l'alimenter et le faire boire avant et après la transfusion si le dernier repas remonte à plus de quatre heures. On ne doit pas prendre plus de 440 cmc de sang. Chez les donneurs qui paraissent déshydratés par la chaleur, on donnera un litre de sérum chloruré.

On prendra en série la tension artérielle des donneurs qui, antérieurement, ont présenté une syncope. Si la maxima tombe après la transfusion et continue à tomber après que le sujet s'est relevé, on fera prolonger le repos, même si le sujet ne ressent aucun malaise. R. L.

Les indications et contre-indications du sang total, du sang dilué, du plasma. — Benhamou (*Paris Médical*, 10 mars-7 avril 1945).

On emploiera le sang complet (frais ou conservé), dans toutes les hémorragies, qu'elles soient massives et brutales, ou lentes et continues ou qu'elles soient collectées en hématomes profonds ; dans les hémorragies en nappe, les hémorragies secondaires, dans toutes les anémies et dans certaines septicémies.

Le plasma et le sérum trouveront leur emploi dans toutes les variétés de choc pur, dans le choc traumatique.

Le sang dilué dans le choc hémorragique et le choc pur.

Le sang complet est contre-indiqué dans tous les états de choc pur avec concentration sanguine.

Le plasma et le sérum sont contre-indiqués dans les états anémiques, en particulier post-hémorragiques, où le nombre des hématies est inférieur à 25.000.000 et l'hémoglobine au-dessous de 50 %.

Le sang dilué n'est contre-indiqué que lorsque l'absence d'hémostase rend son emploi illusoire ou même dangereux.

R. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

6 *décembre.* — M. Brillant. — Alcoolisme chez les parents et épilepsie des enfants en Bretagne.
M. Richard. — Vitesse de la circulation pour le diagnostic des insuffisances cardiaques.
M. Moreau. — Tuberculose bilatérale des glandes surrénales.
M. Le Bihan. — Maladie de Dupuytren.

8 *décembre.* — M. Duville. — Un cas de paratyphoïde C avec un érythème polymorphe.
Mme Bargeton. — Le lait formolé dans l'alimentation des enfants.
M. Legeron. — Signe du menisque de Carman et signes du bourrelet.
M. Brignon. — Etude de la cirrhose bronzée.
M. Harle. — Etude des formes mortelles de monucléose infectieuse.

12 *décembre.* — M. Guillemot. — Etude de la vaccination antidiphtérique.
M. Delmas. — Traitement par insuline du syndrome endocrino-myocardique.
M. Dubs. — Tumeurs du conduit auditif.
M. Le Roy. — Sédimentation globulaire dans l'hypertension artérielle.
M. Gandelman. — Différence du diagnostic dans la tuberculose de la trompe.
M. Garnon. — Gangrènes gazeuses.
M. Coelho. — Tuberculose et sous-alimentation.

13 *décembre.* — M. Chamaillard. — Les paralysies périphériques au cours des typhoïdes.
M. Trémeau. — Lipides de la tuberculine.
M. Lechevallier. — Orientation professionnelle et enseignement théorique.
Le Neveu. — Diagnostic de la vitalité pulpaire des dents non atteintes de carie apparente.

18 *décembre.* — M. Flot. — Constatations médicales sociales relatives à la délinquance juvénile en Bretagne.
M. Graff. — Ponction des organes hématopoïétiques
M. Moreau. — Iléite terminale.

19 *décembre.* — M. Voisin. — Réflexion sur la réanimation-transfusion.
M. Calvo-Platerc. — Coqueluche, rougeole.
M. Boissy. — La cholecystographie.
M. Meudic. — Un cas de luxation de l'épaule.
M. Corbière. — Ostéomyélite de l'omoplate.
M. Florant-Baumgart. — Pneumonie du nourrisson.
M. Richard. — Bromides des nourrissons.
M. Rolland. — Œdèmes de famine, leur thérapeutique.
M. Pichancourt. — Grande éosinophilie.
M. Saint-Aubert. — Leucémie aiguë à monocytes.
M. Marbac. — Recherches hématol-post-opératoires en O.R.L.

20 *décembre.* — M. Pinard. — Vitamine K.
M. Reymond. — Péritonites par perforation intestinale.
M. Herskovits. — Pourpre rétinien et son rôle.
M. Devaux. — Chimiothérapie actuelle des blessures de guerre.

21 *décembre.* — M. Zadikian. — Sulfamidothérapie et voie rectale.
Mlle Wolff. — Epilepsie.
M. Guyot. — Etude anthropologique et médico-légale du tatouage.
M. Lagrange. — Intoxications par nitrobenzène.
M. F. Fournis. — 23 cas de procidence du cordon ombilical.

9 janvier. — M. Gugielli. — Les cyphoses post-tétaniques.
M. Renault. — Les péritonites du post-partum post-abortum sulfamidothérapie.
M. Dionnet. — Becs de lièvres bilatéraux.
M. Roulet. — Maladie opératoire.
M. Sée. — L'Endométriose.
M. Teintinbau. — La thiourée et ses dérivés.
M. Dujardin. — Etudes des vitamines P.

INTERETS PROFESSIONNELS

Chambre syndicale des Médecins de la Seine

En décembre dernier, la presse avait annoncé l'attribution d'une superalimentation spéciale aux tuberculeux suivis et surveillés par les dispensaires de l'O. P. H. S. Une attribution de charbon était en outre réservée à cette catégorie de malades.

Ces dispositions ont été rendues effectives à partir du 1er janvier 1946 par une circulaire ministérielle qui a, « pour éviter toute fraude », réservé aux seuls malades inscrits et suivis aux dispensaires de l'O. P. H. S. le bénéfice des avantages ci-dessus énumérés, les certificats devant être délivrés par les médecins de l'O. P. H. S.

Ces mesures ont été prises sans l'avis des médecins de l'O. P. H. S. qui ne désirent nullement s'associer à ce qu'ils considèrent comme une atteinte au libre exercice de la profession et aux intérêts de leurs confrères.

Le Conseil de la Chambre syndicale des médecins de la Seine proteste énergiquement contre des mesures qui sous-entendent un jugement péjoratif touchant à l'honnêteté des médecins en général et, d'autre part, exerce une pression sur les malades traités en dehors des dispensaires par des praticiens de leur choix.

Il y a là une atteinte à l'exercice normal de la médecine, au libre choix qui ne peut être acceptée par le Corps médical, l'attitude de nos confrères de l'O. P. H. S., semblable à la nôtre, le prouve, et nous sommes heureux de le constater.

Le secrétaire général :
Docteur DUPAS. (Communiqué.)

Paris, le 12 janvier 1946.

Honoraires médicaux

Le Conseil de la Chambre syndicale des Médecins de la Seine a averti l'Union des Caisses qu'à partir du 1er février 1946, les honoraires minima seraient les suivants :

C : 100, soit un coefficient d'augmentation par rapport à 1939 de 3,33 .

V :	130	3,71
V D :	175	2,90
V N :	250	3,12
P C :	60	3
K :	60	3
ACC :	3.500	3,5

L'Union des Caisses, par une lettre en date du 28 décembre, a répondu qu'elle reconnaissait justifié ses nouveaux tarifs et nous invite à passer convention.

Cotisation

Le Conseil de la Chambre syndicale a décidé de procéder très prochainement à ses élections. Il invite ses adhérents à verser la cotisation 1946, fixée à mille francs dont moitié doit être retournée par les soins de la Chambre syndicale à la Confédération des Syndicats médicaux français.

Cette cotisation de mille francs est généralement adoptée par tous les départements (Seine-et-Oise, etc.). Un reçu numéroté sera envoyé à chaque adhérent. Cette cotisation est le minimum nécessaire pour manifester l'activité de défense professionnelle convenable et l'administration prochaine de la répartition des produits contingentés.

Le secrétaire général
de la Chambre syndicale :
Docteur DUPAS.

Paris, le 11 janvier 1946.

Electricité

La Confédération nationale des Syndicats médicaux français a obtenu du service de Distribution d'électricité une atténuation des mesures de rigueur susceptibles d'être prises en cas de dépassement du contingent d'électricité attribué aux médecins.

La sanction coupure automatique du courant dans ces cas ne leur serait pas appliquée, la question de principe reste à l'étude.

En attendant, s'il se produisait des coupures de courant, les médecins qui seraient l'objet de cette mesure devront adresser d'urgence au secrétariat de la Confédération des Syndicats médicaux français, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, l'avis de coupure de courant qui leur sera transmis par la Compagnie et celui-ci fera le nécessaire pour qu'un sursis suffisant leur soit accordé en attendant que la question soit réglée dans le principe.

Mais il nous a été spécifié que cette faveur ne serait accordée que si la demande émanait de la Confédération des Syndicats médicaux.

Sur la demande des services de distribution d'électricité, nous recommandons vivement aux médecins de n'employer des moyens de chauffage électrique que dans leur cabinet de consultations et avec la plus grande discrétion possible. Il est indispensable qu'à la bonne volonté des services de la Production industrielle corresponde un effort économique de la part des médecins.

Paris, le 4 janvier 1946.

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins

Paris, le 14 janvier 1946.

En vue de pourvoir aux nominations rendues nécessaires par les vacances actuelles ou éventuelles, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins doit présenter à M. le Ministre de la Justice les noms des praticiens de médecine générale qui seraient candidats à un poste de médecin de la Maison d'arrêt de la Santé (trois praticiens) ou des prisons de Fresnes (quatre praticiens).

Les confrères désireux de concourir à ces désignations sont priés d'adresser leur demande au secrétariat, 242, boulevard Saint-Germain, Paris (7e), en y joignant leur curriculum vitæ, qui est réclamé par la Justice.

D'autre part, le Conseil départemental a signalé à M. le Ministre de la Justice l'insuffisance des indemnités proposées.

NOEL FIESSINGER

(24 décembre 1881-15 janvier 1946)

La mort subite du professeur Noël Fiessinger a causé une profonde émotion. Il avait assisté à la séance de l'Académie de médecine au début de l'après-midi, il avait donné lecture d'une notice nécrologique sur le regretté Paviot (de Lyon). Rentré chez lui vers 17 heures, il succombait en quelques minutes à sa table de travail.

Noël-Armand Fiessinger était le fils de Charles Fiessinger, correspondant national de l'Académie de médecine, décédé en 1942. Il était né à Thaon, dans les Vosges, où son père, continuant une belle lignée de médecins alsaciens, exerça la médecine avant de s'installer plus tard à Saint-Claude, puis enfin à Oyonnax. Noël Fiessinger fit ses études secondaires au collège de Saint-Claude, et au lycée de Bourg. C'est à Lyon qu'il commença sa médecine et fit une année d'externat.

Venu à Paris, il est externe en 1903 chez le professeur Albert Robin. L'année suivante, il est reçu à l'internat. Ses maîtres sont Lacombe, Huchard, Œttinger et Chauffard. Après avoir consacré sa thèse à l'histogenèse des processus des cirrhoses hépatiques (1908), il devient chef de clinique de Robin. L'interruption de la guerre 14-18 ne retarde pas sa brillante ascension. Dès 1920, il obtient le titre de médecin des hôpitaux et d'agrégé de médecine. En 1932, il est nommé professeur dans la chaire de Pathologie expérimentale et comparée. En 1940, enfin, il devient professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu. La même année, l'Académie de médecine lui ouvre ses portes et il vient siéger aux côtés de son père.

La forte personnalité de Noël Fiessinger continue à s'affirmer. Le chercheur dont les travaux de physio-pathologie, de pathologie générale et de médecine expérimentale étaient universellement admirés, montre qu'il est aussi un grand clinicien et un thérapeute avisé. Son enseignement oral et écrit connaît un légitime succès.

Nous renonçons à citer toutes ses publications ; il faut cependant rappeler ses travaux sur la biologie des plaies de guerre avec Delbet, pendant la guerre 14-18, puis les « Ferments des leucocytes » (1923) ; la « Physiopathologie des traversées chimiques et bactériennes dans l'organisme » (1931) ; l' « Exploration fonctionnelle » (1937) ; les « Déficiences vitaminiques et hormonales » (1942) ; « Syndromes et maladies » (1942) ; « Maladies actuelles » (1942) ; la « Pathologie des confins médico-chirurgicaux » (1944) ; les « Diagnostics biologiques » (1944) ; les « Etapes des maladies » (1945) ; les « Directives de la médecine sociale » (1945) ; enfin les belles « Cliniques de l'Hôtel-Dieu ».

Enumération bien incomplète, car Noël Fiessinger avait une très grande puissance de travail et il a publié d'innombrables travaux, soit avec ses maîtres, soit avec ses élèves.

Dans son enseignement comme dans ses publications, il s'efforçait toujours d'être clair et de rester à la portée de son auditoire. Au « Journal des Praticiens », dont il avait pris la direction à la mort de son père, il continuait à s'inspirer des traditions laissées par Huchard et Charles Fiessinger et il continuait ainsi à répandre au loin son enseignement.

La haute renommée de Noël Fiessinger dépassait nos frontières. Dans de nombreuses circonstances, il fut le bon ambassadeur de la pensée française en Amérique, au Canada, notamment, et dans tous les pays d'Europe. Il y a trois mois, il répondait encore à l'appel de nos confrères suisses et il prenait une part brillante aux Journées Médicales de Genève.

Les services de guerre de notre ami n'étaient pas moindres. Officier de la Légion d'honneur à titre militaire, il avait encore gagné la croix de guerre 14-18 et, dans l' « enfer » de Dunkerque, la croix de guerre 39-40.

La confiance de ses confrères l'avait appelé à la présidence du Syndicat des Médecins de la Seine, et ses collègues de la presse médicale l'avaient élu président du Syndicat des directeurs de journaux de médecins français. Le jour même de sa mort, il avait assisté avec nous à une réunion où, sous la présidence de M. le Recteur Roussy, d'importantes questions de presse avaient été étudiées.

Jusqu'à sa dernière heure, Fiessinger s'est donc montré le confrère dévoué et l'ami fidèle sur lequel on pouvait compter en toutes circonstances.

Sa disparition si rapide frappe cruellement les siens, déjà si éprouvés par la mort de Mme Noël Fiessinger.

A ses enfants, le Dr et Mme Ch. Fiessinger, le Dr et Mme Louis Gougerot, M. et Mme Maurice Trémolières, à son beau-frère, notre ami le Dr Laurence, à son neveu, le Dr Gabriel Laurence, nous adressons bien tristement l'hommage de notre affectueuse et profonde sympathie.

F. L. S.

Nécrologie

— Le professeur Maurice Villaret, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, à l'âge de 68 ans, le 26 janvier 1946.

Ses amis et ses élèves allaient lui offrir une médaille à l'occasion du cinquantenaire de sa vie médicale.

— Le Dr Paul Gallois, ancien interne des hôpitaux de Paris (1881), ancien président de la Société de Thérapeutique, décédé à Paris, le 11 janvier 1946.

— Le Dr Le Marc'hadour, médecin en chef honoraire de la marine, ancien président de l'Académie de marine, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre 14-18, décédé à Paris, à l'âge de 80 ans.

Notre regretté confrère, qui exerçait avec distinction l'O. R. L. à Paris, avait été un des héros de Dixmude pendant la première guerre mondiale.

— Le Dr Serge Rabinovitch, ancien interne des hôpitaux de Paris (1904), chirurgien à Papeete (Tahiti), officier de la Légion d'honneur, croix de guerre 1914-18, engagé volontaire 1941-44 (campagnes d'Afrique), décédé à San-Francisco, le 5 décembre 1945.

— Le Dr Léon de Beco, l'éminent O. R. L. de Liège, décédé à l'âge de 89 ans.

— Le Dr Antoine Demoor (de Bruxelles).

— Mme Léon Crosnier, mère de notre confrère le médecin commandant Roger Crosnier, médecin des hôpitaux militaires.

— Le Dr René Vignard, officier de la Légion d'honneur, croix de guerre 14-18, à Nantes.

— Le Dr Etienne Hardy, à Nantes.

— Le Dr Georges Labeyrie, à Nantes.

INFORMATIONS
(Fin)

Association générale des Médecins de France

Bourses familiales du Corps médical (Fondation du Dr Roussel). — L'Association générale des Médecins de France, sous la présidence du professeur Baudouin, a réuni le jury chargé de répartir les bourses de 10.000 francs. Le jury, où figuraient, avec le délégué du Dr Roussel, des membres de l'A. G., du Conseil de l'Ordre, de la Société F. E. M., de Médecine et Famille et de l'Association des Médecins de la Seine, a tenu ses séances au cours du mois de novembre.

Seize bourses ont été attribuées en faveur de médecins ou veuves de médecins chargés de famille. Quarante-cinq demandes ont été examinées, parmi lesquelles ont été retenues les plus dignes d'intérêt par le nombre des enfants, les difficultés matérielles, la maladie et les conditions particulières d'existence.

Le cinquantenaire d'un grand laboratoire

A l'occasion de leur cinquantenaire, les Laboratoires Delalande, fabricants du Solucamphre, avaient offert au personnel un grand déjeuner. Cette manifestation, où toute différence hiérarchique était spontanément bannie, et où les « anciens » furent mis à l'honneur, démontra l'attachement sincère de tous les collaborateurs du Laboratoire pour un Etablissement dont l'esprit social ne s'est jamais démenti.

LIVRES NOUVEAUX

La Pénicilline. Dosages. P. Broch, J. Kerharo, J. Netik. Préface de G. Duhamel. Vigot Frères, 1945.

Dans cette monographie de 90 pages, les auteurs qui dirigent le Centre militaire d'étude et de fabrication de la pénicilline exposent les méthodes de dosage de ce médicament ; une méthode précise s'impose en effet, non seulement à l'industrie qui doit vérifier le taux en produit actif du jus qu'elle livre, mais aux cliniciens qui l'utilisent et poursuivent des recherches. Les auteurs décrivent les différents procédés dont la confrontation a été faite à la Conférence internationale de Londres (octobre 1944).

Une expérience française de récupération de la pénicilline. P. Broch, J. Kerharo, J. Netik, J. Desbordes. 120 p. Préface du général Leclerc. Vigot Frères, 1945.

Il est bien connu que la pénicilline se trouve en quantités notables dans l'urine des malades traités par ce médicament. L'urine émise dans ces conditions constitue au premier chef une source économique de production justiciable de l'extraction chimique seule. Ce sont les étapes de cette extraction et les résultats obtenus qui font l'objet de cet ouvrage.


INDICATIONS
GLUCALCIUM
GLUCALCIUM



Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 4. — 15 FEVRIER 1946 119° ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6°) - Tél. : Danton 48-31

Abonnements : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr.; Etranger, 225 et 270 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6°) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — Rédacteur en chef : Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

AFFECTATIONS DU PERSONNEL MÉDICAL POUR 1946

Mutations et titularisations
Oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux

Au groupe hospitalier Necker-Enfants-Malades (remplacement de M. le Dr Le Mée, atteint par la limite d'âge : M. le Dr André Bloch.

A l'hôpital de la Pitié (réouverture de l'établissement) : M. le Dr Aubry, de l'hôpital Bichat.

A l'hôpital Bichat (remplacement de M. le Dr Aubry) : M. le Dr Huet, titularisé.

A l'hôpital Beaujon-Clichy (réouverture de l'établissement) : M. le Dr Aubin, de l'hôpital Broussais.

A l'hôpital Broussais (remplacement de M. le Dr Aubin) : M. le Dr Ombrédanne, titularisé.

Concours spécial d'assistant en chirurgie

Membres du jury. — MM. les Drs Patel, Mèrle d'Aubigné, Gueullette, Oberlin, Mocquot, Sauvage, Guimbellot, Meillère, Braine, Couvelaire, chirurgiens ; Bénard, Henri, médecin.

Admissibilité

Sont déclarés admissibles : MM. les Docteurs Denoix, Benassy et Picard-Leroy.

Concours de l'Internat
Tirage au sort du jury de l'oral

Concours de remplacement. — MM. les Drs Worms, Maillard, Moussoir, Duvoir, Lafitte, médecins ; Mathieu, Ombrédanne (O. R. L.), Padovani, Leveuf, chirurgiens ; Grasset, gynécologue accoucheur.

Liste des Candidats reçus au Concours d'Internat de Remplacement (janvier 1946)

M. Alexandre, Pierre, 72,60 ; Mme Masse, née Crémer, 71 ; MM. Solal, Georges, 69,50; Sapin-Jaloustre, Jean, 69,30 ; Cartier, René, 68,10 ; Eliachard, Edouard, 66,50 ; Attali, Claude, 65,50 ; Carbineau, Henry, 65,10 ; Lefort, Adrien, 63,10 ; Radzievsky, Georges, 62,40 ; Toulet, Jacques, 62,40 ; Mme Bernard, née Kahn Brucker, 62 ; MM. Duizend, Michel, 62 ; Avenier, François, 61,90 ; Tubiana, Maurice, 61,40 ; Masse, Paul, 61,40 ; Sapin-Jaloustre, Henry, 61,30 ; Mme Morin, née Bette, 61.

Epreuves orales

SÉANCE DU JEUDI 7 FÉVRIER 1946

Notes attribuées. — MM. Sapin-Jaloustre, Jean, 22 ; Eliacher, Edouard, 22 ; Radzievsky, Georges, 21 ; Bonan, André, 15 ; Lefort, Adrien, 22 ; Welfling, Jean, 23 ; Solal, Georges, 23 ; Genesseau, Henri, 18.

Questions sorties : Erésipèle de la face, signes, diagnostic et traitement.

Diagnostic et traitement des perforations aiguës des ulcères gastro-duodénaux.

2e SÉANCE DU JEUDI 7 FÉVRIER 1946

Notes attribuées. — MM. Klotz, Néphtaly, 18 ; Bogros, Jacques, 24 ; Alexandre, Pierre, 21 ; Cartier, René, 27 ; Mselati, Edmond, 17 ; Lévy dit Leboyer, 19 ; Mmes Morin, née Bett, 20 ; Bernard, née Kahn Brucker, 18 ; M. Corbineau, Henri, 24.

Questions sorties : Chancre syphilitique de la verge, signes, diagnostic et traitement.

Mal de Pott sous-occipital, signes et diagnostic.

Externat
Concours de remplacement

Répartition des membres du jury

ANATOMIE :
MM. les Drs Grossiord, Léger, Lortat-Jacob.
Séance de lecture : hôpital Marmottan.

PATHOLOGIE MÉDICALE :
MM. les Drs Debray, Bolgert, Domart.
Séance de lecture : Hôtel-Dieu.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE :
MM. les Drs Grasset, Roux, Mathey.
Séance de lecture : hôpital Necker.

Questions données

ANATOMIE :

1° Enumérer, dans l'ordre d'émergence et sans aucun commentaire, les branches collatérales de l'artère poplitée ;

2° Indiquer, sans en préciser le mode, les zones d'insertion des muscles masticateurs sur la branche montante du maxillaire inférieur ;

3° Insertions inférieures du biceps brachial ;

4° Innervation des muscles longs fléchisseurs des doigts et des lombricaux sans description des trajets ni des rapports des nerfs ;

5° Ligament croisé antéro-externe du genou (sans les rapports).

PATHOLOGIE MÉDICALE :

1° Signes physiques de la péritonite tuberculeuse dite ascite essentielle des jeunes filles, à la période d'état, sans examen de laboratoire ;

2° Signes d'invasion de la scarlatine dans la forme commune non compliquée ;

3° Signes d'auscultation du rétrécissement mitral pur non décompensé ;

4° Signes physiques du zona intercostal à la période d'état ;

5° Renseignements fournis par l'examen du liquide céphalo-rachidien dans la méningite cérébro-spinale à méningocoques, à la période d'état (sans la technique) ;

6° Renseignements fournis par la numération globulaire et la formule leucocytaire (sans la technique) dans la leucémie myéloïde classique.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE :

1° Quels renseignements peut-on tirer de l'épreuve des trois verres quant au lieu d'origine d'une hématurie ?

2° Définition du panaris. Enumération de ses différentes formes anatomo-cliniques ;

3° Renseignements fournis par la palpation du cordon spermatique dans l'épididymite tuberculeuse ;

4° Signes cliniques et radiologiques du diastasis tibio-péronier dans la fracture de Dupuytren.

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours

Une place de chirurgien chef de service et une place de médecin chef de service sont à pourvoir à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes (14e).

Le concours est un concours sur titres. Renseignements à l'hôpital Notre-Dame de Bon-Secours de 10 h. 30 à 11 h. 30 ou de 15 à 17 heures, sauf les mardi et vendredi.

Le registre d'inscriptions restera ouvert jusqu'au 2 mars 1946.

Hôpital de Niort. — Un concours pour la nomination d'une sage-femme aura lieu à Niort, les 2 et 3 avril 1946.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de l'hôpital de Niort.

Facultés de province

Alger. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Musso, ancien professeur, admis à la retraite.

Montpellier. — Election du doyen. — Le 2 février dernier, M. le Doyen Gaston Giraud a été réélu à l'unanimité des 36 suffrages exprimés.

M. le Professeur Boulet a été présenté en seconde ligne.

Conseil de l'Université. — MM. les Professeurs Jeanbrau et Turchini ont été réélus.

Création et vacances de chaires. — En vue de pourvoir à la désignation des titulaires des chaires de pathologie et propédeutique chirurgicales et de technique opératoire et chirurgie expérimentale créées à la Faculté de médecine de Montpellier, les candidats sont priés d'adresser leurs demandes de candidature avant le 1er mars 1946, au directeur de l'Enseignement supérieur, président du Comité consultatif des Universités.

Honorariat. — Le titre de doyen honoraire de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montpellier est conféré à M. Astruc, ancien doyen, admis à la retraite.

Marseille. — Les chaires de parasitologie et de pathologie chirurgicale ont été déclarées vacantes.

Lyon. — La chaire de pathologie interne a été déclarée vacante. (« J. O. », 30 janvier 1946.)

Collège de France. — M. René Leriche, professeur au Collège de France, est nommé directeur de la station de chirurgie expérimentale du même établissement.

Académie de Médecine

Dans sa séance du 12 février, l'Académie a élu membres titulaires dans la section de médecine, M. le professeur Etienne Chabrol et M. le Dr André Thomas.

Légion d'honneur. GUERRE

CHEVALIER. — Médecin sous-lieutenant Bessi, Ne groupe de tabors.

Citation à l'ordre de l'armée

Médecin sous-lieutenant Wejmer, du Ne R. I.

Croix de la Libération

Médecin commandant Diagne (Adolphe).

Education nationale

Conseil des Universités. — Par décret en date du 18 janvier, les doyens, chefs d'établissement et délégués aux Conseils des Universités et investis de leurs fonctions à titre provisoire, cesseront de les exercer au plus tard le 15 février 1946. Les élections en vue de la désignation des doyens, chefs d'établissement et délégués aux Conseils d'Universités auront lieu dans toutes les Universités entre le 1er et le 15 février 1946.

Comité consultatif de l'hygiène scolaire et universitaire. — Sont nommés : Président, M. le Directeur général de l'Enseignement. — Premier vice-président, M. le Dr Cavaillon, secrétaire général de la Santé. — Deuxième vice-président, M. le Dr Joannon, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine. — Secrétaire, M. le Dr Féret, inspecteur général de l'hygiène scolaire et universitaire.

Santé publique

Nomination d'un sous-secrétaire d'Etat. — M. Pierre Pflimlin a été nommé sous-secrétaire d'Etat à la Santé Publique. (J. O., 7 février 1946.)

Répartition de l'insuline. — L'arrêté du 7 mai 1942 est rapporté. A titre provisoire et jusqu'à une date qui sera fixée par arrêté, les pharmaciens ne pourront délivrer d'insuline que sur la présentation d'une ordonnance médicale. (J. O., 8 février 1946.)

Mission. — M. le Dr Jean Mabileau est nommé chef de la mission de la Santé publique aux Etats-Unis.

Stations hydrominérales et climatiques. — M. Jacques Bardet, directeur de laboratoire à l'Institut d'hydrologie et de climatologie, est nommé secrétaire de la Commission permanente des stations hydrominérales en remplacement de M. Pierre Urbain, démissionnaire.

Sanatoriums

Par arrêté en date du 11 janvier 1946, sont inscrits par ordre alphabétique, pour l'année 1946, sur la liste d'aptitude aux fonctions de médecin directeur des sanatoriums publics (tuberculose pulmonaire) :

Mlle le Dr Chemin, médecin adjoint au sanatorium de Felleries-Liessies (Nord) ;

Mlle le Dr Eschauzier, médecin adjoint au sanatorium Etienne-Clémentel (Puy-de-Dôme) ;

M. le Dr Fay, médecin adjoint au sanatorium départemental du Rhône, à Saint-Hilaire-du-Touvet (Isère) ;

Mlle le Dr Fournier, médecin adjoint au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr Tisca, médecin adjoint au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du Tertre (Seine-et-Oise) ;

Mlle le Dr Ulrich, médecin adjoint au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise) ;

M. le Dr Viallet, médecin adjoint au sanatorium François-Mercier, à Tronget (Allier).

(Voir fin des Informations, p. 84.)

LES BASES BIOLOGIQUES DE LA MYCOTHÉRAPIE

par Claude Huriez
Professeur à la Faculté de Médecine de Lille

« Longtemps le genre pénicillium fut justement redouté. Répandu partout, il était à l'origine de dégâts graves causés aux graines, aliments et boissons. Il était indésirable, disait Janot, dans tous les laboratoires — laboratoires de chimie, où il polluait solutions et précipités — laboratoires de microbiologie où il était un ennemi implacable, laboratoire de pharmacie où il contaminait les macérations, les eaux distillées, les solutés aqueux divers et parfois même les spécialités, où il n'entrait encore que comme parasite. Sans respect pour les plus belles gravures et les plus riches éditions, il avait le seul mérite de jouer un rôle indispensable dans la maturation des fromages de Camembert et de Roquefort.

Et voici qu'aujourd'hui, le genre pénicillium s'élève au rang de... bienfaiteur de l'humanité. »

L'histoire de cette extraordinaire promotion mérite d'être rappelée.

Elle débuta en septembre 1928, par un pur hasard de laboratoire. Dans le service de Fleming, au cours de l'examen de races de staphylocoques cultivées sur gelose-agar en boîtes de Petri : il arriva que plusieurs cultures furent contaminées par l'air ambiant. Sur l'une de ces préparations, il se développa une splendide moisissure. Sur le pourtour de celle-ci, Fleming remarqua que les colonies microbiennes étaient en voie de se lyser. Il isola cette moisissure et constata que si on la repiquait sur bouillon, celui-ci possédait en 15 jours, à un haut degré, des propriétés inhibitrices de la croissance de nombreux cocci.

Thom, grand spécialiste en mycologie, lui précisa qu'il s'agissait de Penicillium notatum Westling, dont le bouillon de culture filtré fut appelé par Fleming, pénicilline, par abrévation de langage. Bien qu'il eut remarqué l'action bactériostatique de ce filtrat sur de nombreux germes, le biologiste du St Mary's Hospital n'entrevit pas tout de suite les conséquences thérapeutiques qui pouvaient découler de sa constatation. Il n'utilisa l'action antibactérienne des cultures de pénicillium que pour des fins bactériologiques, notamment pour isoler des bactéries gram-négatives, en l'occurrence le bacille de l'influenza.

Un deuxième hasard, cette fois dirigé, devait axer, dix ans plus tard, l'étude de la pénicilline vers sa triomphale destinée.

Dès 1929, l'Ecole d'Oxford s'était attachée à l'étude des substances antibactériennes produites par des microorganismes. Parmi de multiples antibiotiques, Florey eut la bonne inspiration de porter rapidement son attention vers la pénicilline.

Et, dès lors, c'en est fini du hasard, c'est le triomphe du travail en équipe. Assisté de biochimistes (Chain et Heatley), d'une physicienne (il s'agissait de Lady Florey) et de nombreux collaborateurs (Abraham, Gardner, Jennings, Flechter, Sanders et bien d'autres), Florey entreprend l'étude systématique de la pénicilline. Le groupe d'Oxford met au point un milieu de culture, règle son extraction, sa purification, son dosage et entreprend de l'introduire en thérapeutique.

Le premier patient fut traité le 12 février 1941. L'injection endoveineuse entraîna une réaction dramatique, heureusement suivie d'une amélioration, mais ensuite, hélas ! d'une rechute mortelle. Dès lors, on ne confia plus à Florey que des septicémiques très avancés, et cependant il réussit à améliorer, parfois à tirer d'affaire quelques-uns de ces moribonds.

En cette période de 1941, les conditions indispensables à un travail de recherches étaient devenues impossibles en Angleterre, où il tombait autre chose que des moisissures dans les boîtes de Petri. Florey et Healtey partirent pour New-York et c'est alors que commence la 3e phase américaine et, de ce fait, industrielle de l'histoire de la pénicilline. La production du penicillium notatum fut développée sur une très grande échelle et de vastes usines édifiées pour l'extraction et la purification de la pénicilline.

Après des essais cliniques, d'abord isolés mais rapidement convaincants, il fut décidé d'en faire bénéficier largement les blessés de guerre. Durant l'été 1943, Florey et Cairn en surveillèrent les résultats durant la campagne de Cyrénaïque et de Tunisie.

Leur premier rapport pouvait annoncer une transformation radicale dans l'évolution des plaies de guerre : chez 171 blessés, l'emploi de la pénicilline avait permis la suture primitive dans 104 cas, une guérison rapide de 60 autres et ils ne relevaient que 7 échecs.

En quelques mois, la pénicilline était donc devenue la vedette mondiale de la thérapeutique, ayant tiré de son périple sur les continents des acquisitions successives, puisque sa découverte sort du laboratoire de Fleming dans un vieil hôpital européen, sa production d'usines américaines toutes neuves, son premier théâtre d'application fut un champ de bataille africain historique. On oublie souvent de dire que celui à qui revient le mérite de l'isolement de cette poudre jaune et de ses premiers essais cliniques, sir Edward Florey est Australien.

Préparation et propriétés

Quelques mots sur la *production* de la pénicilline évoqueront les difficultés sans nombre que dut surmonter le groupe d'Oxford qu'il dirigeait. En effet cette fabrication exige deux opérations distinctes : l'une *biologique ou de culture, l'autre chimique ou d'extraction.*

La culture doit être réalisée dans un matériel absolument stérile, avec des précautions infinies, en aérobiose réglée et sur un milieu approprié pour ne pas compromettre le rendement. Celui-ci était très modeste avec la méthode en *Surface.* Un immense perfectionnement a permis une production considérable, quand la fermentation aérobie a pu être obtenue dans la *masse* du liquide d'énormes cuves, par insufflation calculée d'air stérile.

Ces deux méthodes de culture utilisent un milieu du type Czaped-Dox.

Dans la *méthode de laboratoire*, 200 cc de ce milieu stérile sont introduits en large surface et couche de 1 cm dans les flacons ou cuves de 1 l. On ensemence superficiellement à 24° avec une suspension de spores pures. Un jour plus tard, apparaît un mycélium blanc, qui devient feutré le quatrième jour, bleu violacé le sixième et enfin verdâtre, avec variations parallèles du Pb, cependant qu'apparaissent des gouttelettes, incolores puis jaunes, très riches en pénicilline. Par cette technique, il fallait 160 litres de liquide de culture, pour retirer 10 grs de pénicilline courante, à peine suffisante au traitement de 3 à 4 malades. Néanmoins, cette méthode de laboratoire fut, durant un moment, la seule utilisable et une usine du Canada occupait plus de 300 ouvriers, qui ensemençaient 300.000 boîtes de 1 l. et maniaient 50.000 l. d'acétate d'amyle pour préparer chaque semaine 10 kgs d'une pénicilline aussi onéreuse que faible dans sa concentration. Ces conditions de production ont été radicalement améliorées lorsque Cobie eut découvert qu'il était possible de faire pousser le pénicillium en profondeur, grâce à l'insufflation calculée d'air stérile dans la masse du liquide de culture que les extraits de maïs stimulent remarquablement dans d'immenses réservoirs, de 70 m³. Une usine américaine fabriquait, il y a un an, 100 billions d'unités permettant de traiter 250.000 cas graves par mois, cependant que le prix de l'ampoule de 100.000 unités tombait de 20 dollars à 85 cents en U. S. A. et en France, de 10.000 à 270 francs et qu'il est permis d'espérer encore une réduction de moitié.

Mais si la phase biologique de culture a pu être industrialisée, le produit obtenu extrêmement impur nécessite une *phase d'extraction chimique* encore très délicate, en raison de la fragilité de la pénicilline, qui doit être travaillée à basse température entre 2° et 4°, à l'abri de toute action diastasique et de toute contamination microbienne qui la détruirait, cependant que les variations du Ph influent considérablement sur le rendement des cultures et l'activité de leur produit. L'extraction vise d'abord à concentrer le jus pénicillifère avant de le purifier par fixation chromatographique sur une colonne d'alumine, qui le débarrasse d'impuretés très pyrétogènes. On obtient finalement une solution jaune orangé, ne contenant que de 10 à 50 % de pénicilline pure. Par évaporation, on aboutit à la poudre jaune d'or qui est la pénicilline brute.

On ignore encore la formule exacte de ce corps, dont on ne peut donc envisager la fabrication synthétique, seule capable de vulgariser sa production à l'égale des sulfamides. Cette synthèse apparaît d'autre part éminemment souhaitable, car la pénicilline reste actuellement le produit de sécrétion d'un être vivant.

Le Pénicillium notatum placé par l'industrie, dans des conditions fort différentes de sa destinée naturelle, soumis à un régime de suralimentation, de surmenage et de sécurité à la fois, court fort le risque, écrit Duhamel, de se modifier dans la domestication que la science lui impose et avec Ch. Nicolle, il faut toujours redouter l'évolution et le déclin des médicaments de nature biologique.

Mais à défaut de la formule exacte, on connaît déjà pas mal de *propriétés physiques et chimiques* de la pénicilline : c'est un corps très fragile de faible stabilité, très hygroscopique, très sensible à la chaleur et aux variations du milieu. Sa stabilité maxima se situe vers un Ph de 6,8. Elle est inactivée par les

acides, alcalis, alcools, métaux lourds, par l'oxydation et par divers antiseptiques. Elle est également très sensible à l'acidité de certains milieux biologiques : son altération par le suc gastrique condamne son administration par voie buccale.

Par contre, le sang, le sérum, le plasma, la lymphe, le liquide céphalo-rachidien, le liquide des tissus vivants ou morts, généralement faiblement alcalins n'apportent aucun effet destructeur et permettent ainsi sa plus large application. L'urine, où elle s'élimine largement, ne la détruit pas rapidement malgré sa faible acidité et ceci a permis d'envisager sa récupération.

A l'état de sels, la pénicilline est d'ailleurs moins instable. Certes le sel de sodium est encore très hygroscopique, mais les sels de Baryum, de strontium et de calcium, dont on connaît les formules, sont un peu plus stables. C'est sous cette forme que se présente la pénicilline thérapeutique, en ampoules scellées, à l'abri de l'oxygène et de l'air, et qu'on doit maintenir à l'obscurité et à moins de 4°.

Ainsi conservés à la glacière, ces sels peuvent rester actifs plusieurs mois. Avec les premiers produits utilisés, ce délai était d'un trimestre. Actuellement, il semble qu'on puisse le prolonger à six mois. Passé ce temps, la pénicilline perd, peu à peu, son efficacité. Il importe donc de pouvoir mesurer son activité ; et ceci nous amène à dire quelques mots des méthodes de *titrage*.

Dosage

Il n'existe pas encore de dosage *chimique* de la pénicilline (et d'ailleurs s'il existait, on ne saurait si le taux obtenu concerne une substance active ou non). La méthode de titrage est donc encore *biologique*, par la mesure de l'action inhibitrice de la solution étudiée, mise au contact d'un germe dont on connaît la sensibilité (staphylocoque doré, ou quelquefois un subtilis). Plus l'échantillon contient de pénicilline, plus la croissance du germe sera inhibée. Nous ne dirons que quelques mots de ces techniques, renvoyant pour toute précision à la brochure récente de Broch, Kerharo et Netik.

Il existe deux types de méthodes : la *méthode Heatley, des dosages pas diffusion dans l'agar*, et la *méthode Oxford, des dosages par dilutions*.

1) La *méthode des plaques ou Heatley* dérive de la constatation princeps de Fleming. Dans une boîte de Petri on déverse un milieu gélosé, on ensemence ensuite avec un bouillon de staphylocoques et on y porte l'échantillon à étudier par des artifices divers, soit par des disques de buvard (méthode de Vincent) soit dans des trous faits dans l'agar avec un petit emporte-pièce : *agar cup méthod de Fleming*, soit dans de petits cylindres de verre ou d'aluminium, dont le bout biseauté est fiché dans la gélose : *methode des cylindres* ou *Oxford cup méthod*.

Au bout de seize heures d'étuve, on mesure le diamètre de la zone d'inhibition (de quelques mm. à quelques cm.).

Par une série de déterminations, avec une solution connue, on a une *courbe standard* qui s'infléchit nettement aux environs de 24 mm. Il était normal de définir l'unité au point d'inflexion de la courbe.

L'*unité Heatley* est donc la quantité de pénicilline qui, contenue dans un cc., détermine un diamètre de 24 mm.

2) La méthode des *dosages par dilutions* appelle au contraire *unité Oxford* la quantité minima de pénicilline qui, dissoute dans 50 cc. de bouillon de viande inhibe complètement la croissance d'une souche type de staphylocoque doré.

Elle peut être rendue plus précise par l'emploi d'un électrobiophotomètre.

Mais les cliniciens souhaitent avoir des renseignements, peut-être moins précis, mais plus rapides sur la teneur approximative en pénicilline du sang de leur malade. Les *microméthodes de Rammelkampf*, celle de Fleming, du *Slide cell*, y répondent.

Leur technique a encore été simplifiée par Bernier pour qu'elle devienne clinique.

Chez un malade, en cours de pénicillothérapie, on fait une prise de sang. Dans un premier tube on met le sérum non dilué. Dans les trois tubes suivants, du sérum dilué à 1/2 au 1/4 et au 1/32. Dans le 5e le bouillon du germe témoin. Les quatre premiers tubes sont ensemencés avec une dose de culture microbienne au 1/1.000e.

Au bout de neuf heures on fait une lecture, si les trois premiers tubes sont restés stériles, le sérum est très bactériostatique. Si les deuxième et troisième tubes montrent la moindre colonie, c'est que le niveau de pénicilline dans le sérum est insuffisant. Il y a donc lieu de poursuivre les injections, en augmentant leur volume et leur rythme. Si l'on s'assure, par des dosages réguliers, de la stérilité des deuxième et troisième tubes, on maintient facilement au niveau de nécessité et d'économie le pouvoir bactériostatique du sérum du malade traité.

Ces méthodes de dosage étaient indispensables pour l'étude du mécanisme d'action de la mycothérapie, qui doit commencer par le rappel de l'*activité expérimentale de la pénicittine in vitro et in vivo.*

Expérimentation

In vitro, l'activité antibactérienne de la Pénicilline est apparue de suite comme incontestable, considérable puisqu'elle a lieu à doses infimes.

Elle est *polyvalente*, manifestant ses effets contre la plupart des cocci et quelques bacilles gram-positifs. Elle est active contre quelques cocci gram-négatifs, mais elle échoue devant la plupart des bacilles de ce groupe. Son action porte peut-être sur moins de bactéries que les sulfamides, mais ceci est compensé par son efficacité remarquable sur les tréponèmes.

1) Pour explorer la *sensibitité in vitro* d'une souche microbienne, il existe trois procédés : celui des tubes, la méthode accélérée de Garrod et le *procédé de Fleming de la culture en gouttière*, le seul que je rapporterai : on enlève avec un couteau stérilisé une bande de gélose dans une boîte de Pétri. On la remplace par de la gélose contenant 5 U. de pénicilline. Après solidification, on ensemence le milieu en stries transversales avec une anse de platine. La pénicilline diffuse de la gouttière dans le milieu avoisinant et empêche la croissance du microbe à une distance de la gouttière qui dépend de leur sensibilité. Cette méthode est excellente pour étudier simultanément la sensibilité de plusieurs microbes ou de souches diverses d'une même espèce.

Il est difficile de donner des précisions absolues sur la sensibilité relative des diverses bactéries à l'action de la pénicilline car elle peut varier pour une même race suivant la variété expérimentée. A titre d'indication, nous rappellerons la classification d'Abraham et Chain :

En tête de liste vient le gonocoque, sensible à une concentration de pénicilline de 20—6, puis le méningocoque, le staphylocoque doré, le streptocoque hémolytique, la bactéridie charbonneuse, le bacille du tétanos (et non sa toxine), le bacille perfringens, sensibles à des dilutions de 10—6, le streptocoque viridans nécessite 1/625.000, le pneumocoque, le vibrion septique, l'œdématiens, le bacille diphtérique (et non sa toxine) 10—4.

Par contre, nécessitent des concentrations de 1/10.000 à 1/1.000 et peuvent être pratiquement considérés comme *pénicillo-insensibtes* le bacille d'Eberth, les bacilles dysentériques, le colibacille (sauf certaines souches d'après Levaditi), le bacillus melitensis et abortus, les germes hémophiles de la grippe et de la coqueluche, les bacilles proteus, pyocyaniques et de Friedlander et enfin le bacille de Koch. Si le parasite du paludisme et les virus filtrants résistent également à la pénicilline, par contre le leptospire ictero-hémorragique et surtout le tréponème pallidum, apparaissent très sensibles à son action.

D'autre part, l'expérimentation *in vitro* a permis de dégager un certain nombre de notions qui faciliteront la compréhension du mécanisme d'action de la mycothérapie.

2) *L'influence de la concentration en pénicittine du milieu sur le germe ensemencé* réservait quelque surprise. La notion, capitale en sulfamidothérapie, que la concentration optima est la concentration maxima supportable par les tissus, ne s'applique pas à la mycothérapie. Voici l'expérience de Garrod : Il ajoute de la pénicilline à un bouillon ensemencé avec des staphylocoques.

En 6 à 8 heures, la plupart des germes sont morts. Mais ce qui est intéressant, c'est qu'une concentration moyenne de pénicilline (1 U par cc) tue plus rapidement qu'une concentration mille fois plus élevée (fig. 1).

Cette expérience explique une donnée au premier abord paradoxale en thérapeutique, savoir que la posologie quotidienne est à peu près identique pour une urétrite gonococcique, une pneumonie ou une bactériémie. Elle a sur le plan pratique, le grand avantage d'inciter à l'économie d'un produit rare et coûteux.

3) L'expérimentation *in vitro* permet aussi de préciser l'*influence du nombre de germes sur l'activité de la pénicilline.* Les sulfamides manifestaient une activité très nette sur des cultures ou des affections pauci-microbiennes (type érysipèle, méningites, phlegmons) et échouaient par contre, fréquemment, devant des infections à germes très abondants, comme les septicémies. Les courbes enregistrées avec l'électrophotomètre de Faguet montrent que la pénicilline est toujours aussi active, quel que soit le nombre de germes (fig. 2).

Les ensemencements exprimés en millions de germes sont portés en ordonnées et les heures en abcisses. La courbe témoin commence à 10 millions et a l'aspect classique des courbes de croissance atteignant 6 milliards en 8 heures. Puis viennent toutes les courbes des ensemencements à 100, 250, 350, 450, 600 millions de germes. Toutes ces courbes traduisent d'abord

un développement normal jusque vers la deuxième et troisième heure ; ce temps écoulé la pénicilline agit, la croissance se ralentit, s'arrête et enfin une lyse se produit, puisque l'opacité du milieu diminue.

Cette uniformité d'action de la pénicilline, quel que soit le nombre de germes laisse espérer, en clinique, une supériorité

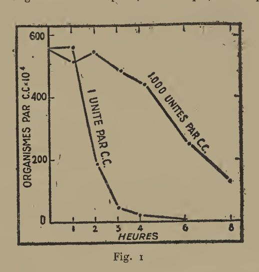


Fig. 1

de la mycothérapie sur la sufamidothérapie en matière de septicémies.

3) Mais le *phénomène d'accoutumance*, signalé par Roux et Chevets avec les sulfamides, n'épargne pas la pénicilline. Abraham, en augmentant progressivement la concentration en ce produit du milieu de culture, a pu obtenir une souche de staphylocoques mille fois plus résistante à la pénicilline que la souche-témoin. Cependant de nombreuses expériences permettent d'affirmer que la pénicillo-résistance et la sulfamido-résistance sont deux phénomènes indépendants ; un grand nombre de souches devenues insensibles aux sulfamides peuvent être pénicillo-sensibles.

La résistance à la pénicilline est parfois due à un ferment qui détruit ses propriétés bactériostatiques. Cette *pénicillinase* a été retrouvée dans certaines bactéries — saprophytes, dans quelques bacilles gram-négatifs et notamment le colibacille. L'existence

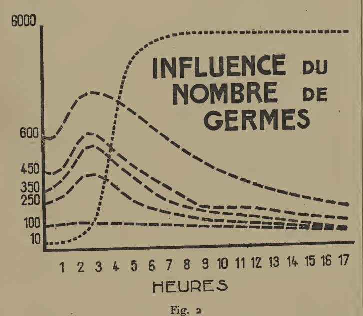


Fig. 2

de cette pénicillinase explique les rigoureuses précautions d'asepsie indispensables à la fabrication de la pénicilline.

4) Enfin, l'action de ce corps n'est pas gênée par le contact, ni avec le sang ou le pus, ni avec les extraits d'organes, ni avec les vitamines ni avec les peptones, ni avec l'acide para-amino benzoïque qui, à faible dose, renforce même son action, ni avec la novocaïne, ce qui est important pour les ophtalmologistes. Ces substances entravaient l'action des sulfamides, or elles ne gênent en rien l'activité de la pénicilline. Ceci nous fait entrevoir que le mécanisme d'action de ces deux agents thérapeutiques ne doit pas être le même, qu'ils ne visent pas les mêmes éléments de la vie microbienne, qu'ils n'entrent pas en conflit réciproque et qu'ils pourront même se compléter mutuellement en thérapeutique, allant jusqu'à produire une synergie d'action. Mais n'anticipons pas et voyons ce que nous apprend l'

Expérimentation in vivo

Nous nous bornerons à comparer l'action antistaphylococcique in vivo de la pénicilline et du 1162 F, en rapportant le protocole d'une expérience de Nitti, Fossaert et Faguet :

Trois lots de souris reçoivent par voie intra-péritonéale 10.000 doses mortelles d'un staphylocoque doré, extrêmement pathogène. En 24 heures, toutes les souris témoins, non traitées, meurent . Le deuxième lot reçoit 10 mgr. de 1162 F per os — 3 jours de suite. Au neuvième jour, il n'y a plus que 2 survivants sur 10. Le troisième lot reçoit 160 U. de pénicilline le premier jour, 80 unités les deuxième et troisième jours par voie sous-cutanée. Une seule souris succombe le septième jour et les autres sont définitivement protégées. 320 unités de pénicilline ont donc été plus actives que 30 mgr. de 1162 F.

Voici un autre exemple : l'action préventive de la pénicilline, injectée au niveau de plaies infectées par le perfringens s'avère nettement supérieure à celle de tous les antiseptiques courants, et même à celle des sulfamides.

Mais il est particulièrement intéressant de noter que cette très grande activité ne s'accompagne que d'une très faible *toxicité* vis-à-vis de tous les animaux d'expérimentation. La dose toxique est environ 64 fois la dose effective. Il faut arriver à des doses considérables de 500.000 U, injectées en une fois à une souris de 20 grs pour enregistrer les accidents et encore sont-ils peut-être dus aux impuretés du produit.

Par la technique de Jacoby, on a démontré que les tissus épithéliaux prolifèrent librement malgré des concentrations en pénicilline atteignant 1/2.000. Cornmen signale cependant un fait très intéressant, à savoir la destruction élective des cellules des sarcomes, quand elles sont cultivées avec des fibroblastes. Cette donnée aura peut-être une suite en cancerologie.

Tout aussi important est l'*inocuité de la pénicilline vis-à-vis des éléments du sang*. En clinique, il est constant de noter, au cours d'une mycothérapie, une augmentation du nombre des globules rouges et de la teneur en hémoglobine qui résulte plus de l'atténuation des effets anémiants de l'infection que d'une action hématopoïétique propre de la pénicilline. On a pu dire de cette substance qu'elle était la moins toxique de tous les antiseptiques puissants connus, qu'elle ne produisait aucun effet nuisible sur les cellules, tissus et organes, qu'on pouvait l'employer avec une très grande zone de maniabilité.

Mode d'action

Ces données expérimentales vont faciliter la compréhension du *mécanisme d'action* de la pénicilline. La question avait pu être serrée de très près pour les sulfamides, qui apparaissaient comme des bactériostatiques, arrêtant uniquement la division microbienne par interférence avec l'aliment, les métabolites, essentiels de la croissance des microbes (dont l'acide para-animobenzoïque). Florey et ses collaborateurs ont admis que l'action de la pénicilline était du même ordre que celle des sulfamides, qu'elle empêchait la croissance, mais qu'elle ne tuait pas le microbe.

Mais les expériences de Garrod, de Nitti et Fossaert laissaient entrevoir que la pénicilline n'était pas seulement bactériostatique, mais encore bactériolytique et bactéricide.

La démonstration en fut fournie par les constatations de Bonet-Maury et Pérault, faites à l'aide de leur électro-biootomètre. Avec cet appareil, une croissance bactérienne normale, d'un staphylocoque par exemple, s'enregistre sous forme d'une courbe en S du genre de la figure 3.

En présence de sulfamide, en l'occurrence du dagenan, on obtient des courbes plus aplaties. Le sulfamide ralentit uniquement la vitesse de multiplication du germe et le ralentissement est proportionnel à la concentration en sulfamide. Mais il n'y a jamais d'arrêt complet. Les défenses naturelles vont jouer un rôle important dans la guérison. Le succès dépendra de la précocité et de l'énergie de la médication. Si l'organisme est déjà largement envahi, ou se défend mal, si la posologie est trop timide, l'échec est certain.

L'effet de la pénicilline se révèle d'emblée très différent. A la forte concentration de 2 U. par cc, on observe successive-

ment un arrêt de la croissance bactérienne (*bactériostase*), suivie de la lyse des corps microbiens (*bactériolyse*), et d'une clarification de la culture, la destruction pouvant être complète (*bactéricidie*). Mais à des concentrations plus faibles (0,14, 0,08, 0,06) après une phase de bactériostase et de bactériolyse, le germe recommence à se multiplier et la culture claire se trouble à nouveau, du fait d'une *prolifération post-lytique* (fig. 4).

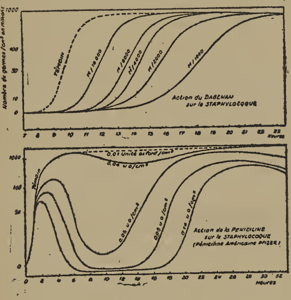


Fig. 3 et 4.

A des concentrations insuffisantes (0,05, 0,01 U. par cc.) il n'y a plus qu'une ébauche d'action et la courbe se rapproche de celle du témoin. De ces constatations, il ressort qu'à forte concentration la pénicilline est non seulement bactériostatique, mais encore bactériolytique et bactéricide. Cela explique les succès spectaculaires qu'elle peut procurer, même pour des interventions tardives, sur des organismes affaiblis.

Mais ne forçons pas cette donnée. Cette destruction massive n'est pas toujours complète et si les défenses naturelles de l'organisme se révèlent incapables de terminer cette destruction, on peut s'attendre à une rechute, due à une reprise de la prolifération.

Pour expliquer cette reprise de l'infection, on a soutenu que la pénicilline n'agirait, comme les bactériophages, que sur des germes en voie de multiplication. Un petit nombre de germes, en retard au point de vue division, échapperaient à la bactéricidie.

Ces germes « *persisting* » de Bigger, « *Remanents* » de Levaditi, expliqueraient la reprise ultérieure de l'infection.

Souvent ils ne sont qu'en mort « différée » ou en « mort à crédit » et il peuvent être phagocytés et définitivement détruits. Néanmoins une règle de thérapeutique découlera peut-être de cette remanence de germes persistants. Bigger propose des cures intermittentes de pénicilline, pour les laisser réapparaître à des stades sensibles et les atteindre définitivement.

Mais on devine que, derrière le point d'apparence théorique de savoir si la pénicilline agit seulement sur des bactéries croissantes, s'accroche le plus gros problème de la thérapeutique anti-infectieuse moderne. Si la pénicilline n'agit que sur des bactéries en voie de division, il faut donc s'abstenir de l'*emploi concomittant de sulfamides*, qui sont des bactériostatiques.

A l'inverse d'une expérimentation de Garrod, Ungar a montré, *in vitro*, le renforcement mutuel sulfapyridine-pénicilline. *In vivo*, Lara Guitard, Martin et Sureau ont traité des souris par des doses respectivement insuffisantes de Dagenan et de pénicilline et ont constaté que d'autres lots étaient protégés par l'association de ces 2 posologies. Avec Reboul, ils ont pu montrer qu'il y avait même une *synergie d'action* et un renforcement des effets antimicrobiens de la pénicilline et des sulfamides.

Enfin cette donnée expérimentale a reçu la confirmation la plus large en clinique, où furent enregistrés de nombreux succès, de l'association sulfamides-pénicilline qui a donné une arme efficace dans des cas qui résistaient à l'une ou l'autre utilisées isolément. Cet effet provient probablement de ce que ces deux substances visent des métabolites différents des microbes. Si cette conclusion n'est encore au point de vue biologique qu'une hypothèse vraisemblable, elle trouve en clinique une nette confirmation.

Cycle de la pénicilline

Mais, de même que pour les sulfamides, il importe de schématiser les *conditions du transit* de la pénicilline dans l'organisme humain, car la connaissance du cycle d'un médicament est toujours primordiale pour régler sa posologie.

La pénicilline oppose à son emploi thérapeutique un certain obstacle du fait de son instabilité et de sa fugacité.

Son administration *buccale* est interdite du fait de l'acidité de l'estomac qui n'est traversé que par 10 % du produit, même enrobé de salol ou accompagné de bicarbonate de soude. La voie *rectale* offre un inconvénient d'un autre ordre, puisque son saprophyte sécrète une pénicillinase inhibitrice.

Très rapidement, il fut admis que l'introduction de la pénicilline devait être *parentérale*. Toutes les voies sont praticables, mais l'extraordinaire vitesse d'élimination de la pénicilline va rendre très difficile le maintien d'une concentration suffisante en principe bactériostatique.

La pénicilline est en effet très rapidement éliminée dans l'urine, qu'elle colore en jaune brillant, on l'y décèle dès la 3e ou 4e heure après le début du traitement, avec une concentration maxima vers la 15e ou 20e heure, de 40 à 120 U. par cc. suivant la dose administrée. Cependant qu'on n'en trouve plus trace 48 heures après l'arrêt de la cure. Le rein est la voie capitale d'élimination et on retrouve la majeure partie (40 à 70 %) de la pénicilline dans l'urine, où elle est récupérée du fait de son intégrité. Le foie intervient sans doute dans la fixation et la destruction d'une partie de la dose administrée, de cette fraction perdue ou camouflée de la pénicilline qu'on ne peut retrouver dans l'urine.

Mais cette rapidité du transit a pour conséquence d'entraîner une présence éphémère dans le sang, dont la concentration doit être entretenue par des injections répétées.

Il faut noter l'évolution de la pénicillémie suivant que l'injection a été endoveineuse, intra-musculaire ou sous-cutanée, sur le mode réfracté ou continu. Aussitôt après une injection *endoveineuse* de 20.000 U., la pénicillémie est maxima, de l'ordre de 4 U. par cc., mais au bout d'un quart d'heure, elle n'est plus que d'une unité. Les 9/10e de la dose ont quitté au bout d'une 1/2 heure le sang, où l'on n'en décèle plus de traces au bout de 2 heures.

Par *injection intra-musculaire*, la concentration n'est maxima qu'au bout de la 30e minute, aux environs de 0,5 U., s'y maintient jusqu'à la 60e et décroît ensuite, beaucoup plus lentement que par voie veineuse, sans persister beaucoup au dela de la 3e heure. L'administration *sous-cutanée*, plus douloureuse, fournit une concentration toujours un peu plus basse que celle de l'injection intra-musculaire.

Dans cette posologie discontinue, la supériorité de la voie intra-musculaire sur l'endoveineuse apparaît nettement, de même que la nécessité de répéter les injections toutes les 3 heures pour obtenir un niveau sanguin effectif.

En opposition à ces lacunes de la méthode réfractée, l'administration continue est susceptible d'entraîner une pénicillémie notable, de l'ordre de 0,1 à 0,3 unités par cc. pour une perfusion intra-veineuse de 100.000 U. en 24 heures dans 2 l. à raison de 30 gouttes à la minute ou de 10 gouttes à la minute pour instillation sous-cutanée ou intra-musculaire.

Romansky et Rittman ont essayé de prolonger l'action de la pénicilline en l'incorporant à des complexes huileux (mélange de miel et d'huile d'amandes) qui libéreraient lentement la pénicilline en vue d'une action durable. Cet artifice leur aurait permis de maintenir une pénicillémie élevée durant plus de 6 heures et de guérir des gonococciques par une seule injection de 60.000 U. Espérons que ces pénicilline-retard n'auront pas les mêmes avatars que des préparations semblables, momentanément prônées en insulinothérapie.

On ne peut appeler diffusibilité cette élimination accélérée de la pénicilline, ainsi que le montre l'étude de sa répartition dans les séreuses et dans les viscères.

Seul le *placenta* ne paraît pas constituer un obstacle à sa diffusion, Wallace, Nichols et Heilman ont pu montrer le passage de la pénicilline à travers l'arrière-fait.

Cette donnée est intéressante pour le traitement de la syphilis du fœtus, accessible, comme sa mère, durant la grossesse à la pénicilline tréponémicide.

Mais il n'en va plus de même pour les *barrières séreuses*, qui ne sont pas franchies par la pénicilline. Tout au moins pour les posologies courantes de 100 à 200.000 U. de pénicilline parentérale, on n'en trouve ni dans le L. C. R., ni dans les liquides pleuraux ou articulaires. Il est très possible que ces barrières soient franchies par des posologies plus élevées. Mais, inversement, la pénicilline introduite dans ces cavités y persiste au moins 24 heures. Il y a là une donnée fondamentale,

entièrement différente de ce que nous avions retenu du cycle des sulfamides. Le corollaire pratique est la nécessité d'injections intra-séreuses de pénicilline qui peuvent être également pratiquées dans les tissus enflammés.

L'étude de la répartition de la pénicilline au niveau des *viscères* va confirmer la supériorité de l'introduction locale quand elle est possible, sur l'administration générale.

Strubbe et Bellows ont étudié particulièrement la diffusion de la pénicilline au niveau des diverses tuniques de l'*œil*. Après une injection intra-veineuse, on y décèle ce produit, mais à des concentrations 10 fois inférieures à celles obtenues après injections sous conjonctivale ou application locale de pénicilline. On doit par ailleurs à ces ophtalmologistes américains les seules données publiées sur la *pénicillocystie*.

Le taux maximum qu'ils ont noté, après une injection intraveineuse de pénicilline, est relevé au niveau de la porte de sortie rénale. Par contre le foie en contient trois fois moins, à l'inverse de ce qu'on note avec les sulfamides, ce qui s'explique par leur administration buccale, donc portale. Le rôle du foie doit être ici encore très important, car après disparition de toute trace de pénicilline dans les tissus 3 heures après l'injection, la bile renferme encore 5 U. par cc. Il y a donc encore bien des obscurités sur le métabolisme exact de la pénicilline dans l'organisme humain.

Mais toutes ces données, aussi multiples qu'arides, sur l'activité expérimentale, le mécanisme d'action et le transit de la pénicilline étaient indispensables pour formuler valablement les règles de la thérapeutique pénicillée. Tous ces faits biologiques ont des résonances en clinique, qui permettent de conclure sur les *principes généraux de la pénicillothérapie*.

Règles de la pénicillothérapie

Il faut d'abord dire que la myothérapie, malgré sa polyvalence n'est pas *omnivalente*. En raison de ses qualités qui se raprochent de celles de l'antiseptique idéal, on pourrait multiplier à l'extrême ses indications. Mais il faut toujours se rappeler qu'il s'agit d'un produit rare, coûteux, de conservation délicate, dont le champ des applications cliniques doit être encore limité aux indications où sa puissance déborde celle des sulfamides. Elle peut viser, plus haut avec les grandes scepticémies, plus loin avec les staphylococcies et peut être, la syphilis. Mais elle ne doit pas être présentée comme la panacée universelle.

Biologique dans son essence, elle doit le rester dans ses applications et l'on ne doit pas de faire de pénicillothérapie : pierre de touche. Il ne faut la mettre en œuvre qu'après avoir fait préciser préalablement par le laboratoire la nature du germe pathogène, isolé par prélèvement, ponction ou hémoculture, et sa sensibilité à la pénicilline. Ce contrôle biologique ne sera pas que bactériologique. Il gagnera, chaque fois que faire se peut, à être pharmacodynamique pour s'assurer de la valeur exacte de la pénicilline utilisée et pour vérifier régulièrement si le pouvoir bactériostatique des humeurs est suffisant, afin de régler la posologie de façon à la fois efficace et économique.

De ce point de vue, l'étude du transit de la pénicilline nous a appris que l'élimination rapide du produit exige son administration à intervalles assez courts (3 heures en moyenne). Mais d'autre part, le peu de tendance à la diffusion conduit à porter la pénicilline au contact direct des lésions et du germe infectant et à *recourir chaque fois que possible à la thérapeutique locale*. La grosse molécule pénicillée ne traverse pas la plèvre, les méninges, les autres séreuses et il faut retenir ce *caractère indispensable des injections locales* dans le traitement des méningites, arthrites, pleurésies purulentes, mais encore son intérêt dans toutes les inflammations du tissu cellulaire sous-cutané.

Conclusions

L'étude des bases biologiques de la mycothérapie permet de formuler un avis sur la valeur comparative de la pénicilline et des sulfamides. La nouvelle venue l'emporte par son activité plus forte, par sa polyvalence qui n'intéresse peut-être pas les germes hémophiles et la flore intestinale assez sensibles aux sulfamides, mais elle les déborde vers les staphylocoques et va peut-être jusqu'au tréponème. Elle l'emporte par son action plus complète à la fois bactériostatique et bactériolytique, peut-être bactéricide, quelque soit le nombre de germes, par sa toxicité réduite qui expose au minimum d'incidents, par le caractère exceptionnel des phénomènes d'accoutumance et de résistance.

La pénicilline est certes encore infériorisée par son origine biologique, sa fabrication délicate, donc forcément par sa rareté relative et son prix élevé. Son élimination accélérée, sa diffusibilité entravée par son inaptitude à franchir les barrières physiologiques sont heureusement compensées par l'efficacité de son introduction locale, quand elle est possible.

Mais la rigueur et la cadence de son administration parentérale ne la laisse pas entrer encore dans la pratique courante et fait que cette méthode biologique doit rester une méthode d'hôpital, car elle a un besoin permanent d'auxiliaires médicaux et de données biologiques.

Mais si la pénicilline n'atteint pas encore à la vulgarisation des sulfamides, qui restent à la base de la pratique de chaque jour, elle en apparaît comme le complément, réussissant parfois là où les organo-soufré échouaient du fait d'une sulfamido-résistance ou de la sévérité de l'infection.

Opposer ces deux thérapeutiques serait aussi regrettable que de prétendre que ces médications rejettent tout acte chirurgical alors qu'on doit retenir que la synergie d'action de ces bactériostatiques a accru les possibilités d'efficacité de la symbiose médico-chirurgicale.

Et, d'ailleurs, la découverte de Fleming, comme celle de Domagk, n'ont pas renversé, comme il arrive en certains cas, toutes les conceptions anciennes. Elles se présentent, dit Duhamel, comme un prolongement naturel des découvertes pastoriennes, sans lesquelles elles eussent été inimaginables.

Mais alors que toute la thérapeutique biologique, inventée par Pasteur tendait soit à exalter les moyens de défense de l'organisme, soit à donner à l'organisme des armes analogues à ses armes naturelles, la thérapeutique nouvelle entreprend de prêter à l'être malade les ressources d'une autre espèce vivante.

Et la pénicilline ne représente que le point de départ d'un ensemble de substances antibactériennes secrétées par de nombreux micro-organismes, énumérés sur ce schéma de Thomann (fig. 5).

MICROORGANISMES ANTIBIOTIQUES

Espèces	Principe actif	Nature chimique
PENICILLIUM		
Notatum	Pénicilline	$C_{24}H_{12}N_2O_{10}$
Spinulosum	Spinulosine	$C_8H_8O_5$ Toluquinone
Citrinum	Citrinine	$C_{15}H_{14}O_5$ Toluquinone
Puberulosum	Ac. penicillique	
Corylophilum	Corylophiline	$C_8H_{10}O_4$ A. tetronique
Patulum	Patuline	$C_7H_6O_4$
ASPERGILLUS		
flavus	Aspergilline	
fumigatus	Fumigatine	$C_8H_7O_4$ Toluquinone
ACTINOMYCES	Actinomycine	
Bactéries aérobies du sol	Gramicidine	$C_{74}H_{106}N_{14}O_4$
Bacillus brevis	Tyrocidine	$C_{44}H_{63}N_9O_4$

Fig. 5

Dans la lutte contre les microbes, le monde des moisissures vient de s'ébranler. Et certaines espèces microbiennes qui ne sont pas aujourd'hui accessibles à la pénicilline le seront peut-être demain à d'autres antibiotiques à l'étude. Avec Cignoli, on peut dire de la pénicilline qu'elle occupe déjà dans le cortège des puissances bactériostatiques une position comparable à celle du radium parmi les autres métaux. Cette seule substance ne peut être un remède universel, mais elle inaugure d'une façon éclatante une série d'armes puissantes, plus ou moins spécifiques, plus ou moins polyvalentes, permettant d'escompter des réalisations de grand intérêt médical et social dans un proche avenir. D'ores et déjà, la découverte de la pénicilline, après celle des sulfamides, marque l'heureuse alliance de la chimiothérapie et de la thérapeutique biologique.

SOCIETE MEDICALE D'AIX-LES-BAINS

La 14e réunion scientifique annuelle de la Société Médicale d'Aix-les-Bains, organisée avec le concours de la Ligue Française contre le Rhumatisme, aura lieu le dimanche 2 juin 1946, à Aix-les-Bains.

Sujet : Le traitement orthopédique et chirurgical des rhumatisants en milieu thermal. *Rapporteur :* Dr J.-J. Herbert.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général de la Société Médicale d'Aix-les-Bains : Dr Baumgartner, place Carnot, à Aix-les-Bains.

PAUL BAR
(1853-1945)

Par M. BRINDEAU

Paul Bar fut un grand médecin dans le sens le plus large du mot ; il fit bénéficier l'osbtétricie des nombreuses découvertes physiologiques modernes, il emprunta à la chirurgie les opérations abdominales les plus audacieuses pour les accommoder à la dystocie ; il suivit l'impulsion qu'avaient donnée Budin et Pinard dans la lutte contre la mortalité infantile ; ses qualités didactiques, enfin, le rangent parmi les plus grandes figures de l'enseignement médical.

***

Notre maître naquit à Paris, le 5 novembre 1853. Ses parents, Lorrains d'origine, s'installèrent à Paris, dans la rue de Richelieu, à mi-chemin entre la Bibliothèque Nationale et la Comédie Française. Une fée bienfaisante présidait à sa naissance ; elle lui donna le goût de la lecture et de la belle langue française ; à la veille de sa mort n'expliquait-il pas un texte classique à l'un de ses petits-fils !

Ses parents, en bons Lorrains, voulaient que leur fils fut solide et le trouvant un peu pâle l'envoyèrent à Melun où il fit ses premières études. Quand il eut 7 ans, il vint à Paris et entra à Henri-IV, pour y accomplir ses humanités.

Pendant la guerre 1870, le lycée fut licencié et l'enfant fut obligé de retourner rue de Richelieu. La proximité du Palais-Royal lui laissa un souvenir inoubliable ; ses jeunes yeux admiraient le beau jardin entouré de boutiques, alors si fréquentées. Pendant les bombardements il se réfugiait à la Bibliothèque Nationale où il retrouvait ses livres préférés.

Sa famille désirait le pousser vers le notariat, mais ses goûts l'entraînaient plutôt vers les sciences, si bien que, sous l'influence du Dr Coqueret, médecin de ses parents, il fut décidé qu'il serait médecin.

Son premier contact avec l'ambiance médicale se produisit dans le service de Léon Labbé où il rencontra le jeune Michaux, fils du Dr Victor Michaux, réfugié de Metz, qui le prépara à l'internat. De cette relation en résulta une amitié inaltérable entre ces deux brillants candidats. Nommé interne dans la promotion de 1876, liste dans laquelle on lit les noms des Talamon, Legendre, Brault, Doléris ; il fut l'élève de Charles Labbé, Potain, Cornil, Ranvier, Paul Berger, Léon Labbé, le chirurgien à la célèbre fourchette. Ces personnalités prouvent que Bar avait acquis des notions solides et diverses quand il entra dans le service du professeur Tarnier. L'exemple de ce dernier décida de son orientation. Il aimait à raconter que son maître était très réservé et qu'il mit plusieurs mois avant de lui adresser la parole ; le jeune interne, un peu déçu, demanda à son patron ce qu'il avait à lui reprocher. Le visage de Tarnier s'éclaira et la glace fut rompue. Bar, encouragé, devint un des élèves les plus brillants de ce maître, maître incontesté et admiré par ses disciples : Budin, Pinard, Ribemont, Maygrier, Tissier, Potocki, etc.

L'œuvre de Tarnier est en effet considérable et les accoucheurs modernes semblent l'oublier. Pour la juger, il faut se placer à l'époque où il vivait. Les femmes qui accouchaient dans les maternités étaient menacées de mourir d'infection. Cette infection se manifestait parfois par des épidémies meurtrières et l'on était obligé de fermer des établissements qui devenaient extrêmement dangereux. Tarnier, sans connaître les travaux de Semmelweis, proclama que la fièvre puerpérale était contagieuse et qu'il fallait employer les moyens sévères pour empêcher cette contagion. Il défendit aux stagiaires de faire des autopsies et dès qu'une femme présentait de la température, on l'isolait comme s'il s'agissait d'une scarlatine. Il prenait en même temps des précautions en employant des antiseptiques. La mortalité, qui était auparavant de 9,3 % tomba à 2,32 %. On comprend que l'élève suivit les traces du maître et qu'il s'ingénia, pendant toute sa vie, à limiter non seulement la mortalité des femmes en couches, mais leur morbidité.

(1) Notice lue à l'Académie de Médecine, le 8 janvier 1946.

***

On a parfois reproché aux accoucheurs de s'être par trop strictement spécialisés et le fameux adage : Si j'avais un fils, ne peut s'adresser à P. Bar ; il représentait, au contraire, le type du médecin encyclopédiste. On sent pourtant, dans ses travaux, percer son instinct de biologiste. Déjà, dans le choix du sujet de sa thèse inaugurale sur l'hydramnios, il montra que l'expérimentation jouerait un rôle dans sa vie scientifique.

Il serait fastidieux d'analyser les nombreux travaux de Paul Bar. Je me bornerai à parler de ceux qui l'ont particulièrement intéressé. Je citerai : 1° ses recherches sur la nutrition de la femme enceinte et la pathologie de la grossesse ; 2° ses travaux sur la fièvre puerpérale ; 3° la conduite à tenir dans la dystocie pelvienne ; enfin, 4° ses études sur la gémellité et les malformations fœtales.

Paul Bar avait toujours été impressionné par cette curieuse complication de la grossesse : *l'éclampsie puerpérale*. Sa connaissance des langues étrangères, de l'allemand en particulier, lui avait permis de juger à leur juste valeur les nombreux travaux publiés sur ce sujet et de passer au crible de son esprit critique, les théories émises pour expliquer sa pathogénie.

Imbu des idées de Bouchard, il décida de prendre la question *ab ovo* et de déterminer d'abord la biologie de la femme enceinte normale. C'est ce qu'il entreprit avec l'aide d'un de ses élèves, le chimiste Dauney. J'ai assisté aux recherches qu'il poursuivit pendant plusieurs années à la maternité de Saint-Antoine et j'ai pu juger de la valeur de ses qualités de conscience et de persévérance. Il expérimenta sur des chiennes gravides, puis sur des femmes arrivées à la fin de leur gestation. Mes confrères savent combien il est délicat de diriger de telles expériences. Chez les animaux, c'est relativement facile ; on peut connaître exactement la valeur chimique des *ingesta* et des *excreta*, pourtant je me rappelle le profond désappointement de mon maître dans une de ses premières expériences. Une chienne avait été présentée au mâle et aussitôt après commencèrent les recherches. L'animal semblait « prendre du ventre » et les expérimentateurs se préparaient à recevoir les petits mais hélas ! ce n'était qu'une « grossesse fantôme » et tout était à recommencer. Heureusement qu'un vétérinaire de ses amis lui indiqua les moyens de ne plus travailler « dans le vide ».

Chez les femmes, les essais étaient plus difficiles à réaliser. Il fallait, en effet, doser exactement la valeur des aliments ingérés et recueillir tous les excreta. Deux infirmières étaient désignées pour surveiller la femme à tour de rôle ; la tentation était si grande de manger et de boire en cachette certaines friandises apportées par les visites ou données subrepticement par les voisines de lit ! Il mena pourtant son œuvre à bonne fin. Il put établir les échanges fœto-maternels et le métabolisme de la chaux, de l'Az. du Ph., du Fe., du S., du Nacl., du C., les mouvements de l'eau, etc. Il montra que le placenta n'agissait pas de la même façon suivant l'âge de la grossesse et suivant les substances ingérées. Les unes passent directement après remaniement, les autres s'accumulent dans le placenta pour constituer des réserves. Il résulte de ces longues et minutieuses recherches qu'il surveilla lui-même, que « chez la mère saine, placée dans des conditions de vie normale, recevant une ration suffisante, la gestation n'est pas, quand les fœtus sont sains, une période de sacrifice. Le terme *symbiose harmonique homogène* est celui qui caractérise le mieux l'association de la mère et du fœtus, association de laquelle l'organisme de la mère tire souvent profit ». Ceci dit, Bar ajoute qu'il faut reconnaître que les modifications régulières dépassent souvent les limites normales. Alors se créent, dans certains cas, des états qui sont réellement pathologiques et peuvent devenir très graves.

La direction des grands services permit à notre maître de pouvoir étudier les conséquences de l'*intoxication gravidique*, l'*éclampsie* en particulier. Elève de Cornil, de Ranvier, de Brault, il put examiner les coupes des différents organes, en particulier du foie et du rein. Il montra que les hémorragies hépatiques ne sont pas les seules lésions mais que les altérations des cellules glandulaires sont particulièrement fréquentes et remarquables par leur diffusion. La *nécrose hépatique de Bar* est devenue classique.

Le même auteur fit remarquer que les reins sont toujours atteints, mais que les lésions sont souvent légères en comparaison avec celles du foie. Quant aux fœtus, ils présentent parfois les mêmes altérations viscérales.

Dans l'étude clinique de l'*éclampsie*, Paul Bar insiste particulièrement sur son pronostic : la tension artérielle,


BOLDINE
HOUDÉ
GRANULES
TITRÉS
A 1 milligramme
3 à 6 par jour
50 GRANULES TITRÉS
à 1 milligramme
BOLDINE HOUDÉ
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(PRIX ORFILA)
FOIE
LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
HYPERTROPHIE DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
ICTÈRE
DERUFFE
VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

la ponction lombaire, les troubles oculaires, l'élévation de la température, la manie post-éclamptique jouent un rôle dans son établissement. Bar disait : Tant que l'éclamptique n'a pas fait sa crise uratique urinaire, le pronostic doit être réservé. C'est lui qui a créé le nom d'*éclampsisme*, mot qui a fait fortune ; il montra que certaines femmes pouvaient mourir sans avoir présenté de crises, on trouvait pourtant les mêmes lésions à l'autopsie. Enfin, il démontra que l'éclampsie et les hémorragies rétro-placentaires n'étaient que les manifestations de la même maladie : l'*intoxication gravidique.*

Parmi les autres travaux de notre maître concernant la pathologie gravidique, il faut citer ceux qui ont trait à la pyélonéphrite ; il en montra la grande fréquence et fit connaître que souvent la pyurie est précédée d'une période qu'il a nommée période présuppurative. La pyélite devient ainsi une conséquence d'une septicémie colibacillaire.

*
**

Bar ne craignait pas de s'engager dans des discussions qui promettaient d'être orageuses. Parmi celles-ci je citerai particulièrement celles qui se sont produites à la Société de Gynécologie et d'Obstétrique de Paris, en 1921, et à l'Académie, un an plus tard. Dans ces séances, on y entendit des orateurs tels que Rist, Léon Bernard, Sergent, Debré, Couvelaire. Et Bar apporta à la tribune une expérience basée sur l'examen de 400 tuberculeuses ayant passé par la clinique Tarnier. Il montra que, contrairement à l'opinion de quelques phtisiologues, « la tuberculose est aggravée pendant la grossesse, dans 50 % des cas environ. La grossesse constitue un événement sérieux chez une femme dont la tuberculose est en évolution active au moment de la conception, un risque réel chez toute femme menacée de tuberculose active, une catastrophe chez les femmes dont la tuberculose est avancée et bilatérale ». Il conclut en disant que, dans certains cas, rares il est vrai, dont il précise les conditions, l'interruption de la grossesse est indiqué. Malgré les vives critiques de certains médecins, l'auteur déclare courageusement en ces termes : « Chacun de nous a sa religion faite, sur le droit que, médecin, il peut avoir d'interrompre la grossesse et dans sa conscience il fixe les limites de ce droit ; je dirai de suite que je n'hésite pas à conseiller ou à pratiquer l'interruption de la grossesse quand j'estime que celle-ci met en danger la vie de la mère et que le danger peut seulement disparaître par la cessation de la grossesse. » A ces paroles, j'ajouterai que dans sa longue carrière, M. Bar n'a interrompu la grossesse que dans 9 cas et cela après avoir consulté des maîtres tels Landouzy et Barth.

Nous voyons que Paul Bar avait particulièrement étudié la grossesse en médecin, il me suffit de rappeler ses autres travaux sur le diabète, l'herpès gestationis, la fièvre typhoïde dans la puerpéralité, etc.

*
**

J'arrive maintenant à vous parler des publications de Paul Bar sur la fièvre puerpérale. Disciple et admirateur de Tarnier, il eût été étonnant qu'il ne suivit pas son exemple. Quand il devint chef de service, il essaya les différents traitements en usage. En collaboration avec L. Tissier, il publia en 1896 un important travail sur le sérum de Marmorek et de Roger. Cet essai thérapeutique pratiqué avec toute la rigueur scientifique possible ne lui donna pas de très bons résultats ; il conclut en disant : « Les sérums que nous avons employés ne nous ont guère donné de résultats appréciables lorsque nous en avons usé dans les formes virulentes d'infection ; ils nous ont paru exercer une influence favorable dans les cas de faible ou de moyenne intensité. » L'apparition du sérum de Marmorek qui semblait devoir sonner le glas de la fièvre puerpérale ne fut qu'un succès éphémère et il faut avouer qu'il en est ainsi pour les différents traitements que l'on a employés jusqu'à présent, qu'il s'agisse des métaux colloïdaux, des antiseptiques, des sérums ou vaccins, des abcès de fixation, des curettages ou même des hystérectomies. Les sulfamides sont d'un emploi trop récent pour se faire une opinion ; il semble même qu'un certain nombre d'accoucheurs sont devenus eux-mêmes sulfamido-résistants ! Bar, comme la plupart des obstétriciens, savait combien l'infection puerpérale est protéiforme, qu'elle ne suit pour ainsi dire jamais une allure classique et que des cas très graves guérissent spontanément sans traitement particulier et même sans traitement à la mode ! Mon maître était donc assez sceptique au point de vue thérapeutique, aussi il porta tout son effort sur la prophylaxie. Pour s'en faire une idée, il suffit de lire la belle leçon clinique qu'il a publiée en 1921 sur les dangers de l'encombrement dans les maternités. On y trouve réunies ses qualités primordiales : raisonnements précis basés sur des faits, critiques sévères sur le fonctionnement des maternités.

Il est certain que mon maître avait raison ; tous les accoucheurs savent que l'état sanitaire des maternités est très variable suivant les années et les saisons. Les périodes de grippe sont, à ce point de vue, désastreuses ; les porteurs de germe peuvent devenir la source d'épidémies et toutes précautions doivent être prises pour éviter la contagion. Dans ce but, Paul Bar avait voulu transformer la clinique Tarnier. Il y avait mûrement réfléchi et avait réalisé un plan qui consistait à surélever l'immeuble. Tout avait été étudié, en collaboration avec un architecte ami ; il avait même prévu l'aménagement d'un appartement pour le professeur pour qu'il puisse habiter la clinique ; il préconisait déjà le « full times ». Malheueusement la Commission des Monuments de Paris ne voulut pas permettre la surélévation de la maternité Tarnier. Mon maître avait encore une idée que certains trouvaient révolutionnaire : il prétendait que les cliniques universitaires devaient être complètement indépendantes de l'Assistance publique : monument, personnel, administration, tout devait être régi par l'Etat Peut-être ses désirs seront-ils réalisés ?

*
**

Parmi les recherches que Paul Bar a poursuivies sur le fœtus et le nouveau né, il faut citer d'abord ses études sur les *jumeaux.*

Reprenant les expériences de Schatz sur la gemellité, il injecta les vaisseaux placentaires avec du suif coloré et put avec, son élève Elenterescu, publier une importante monographie sur les caractères différentiels entre les jumeaux uni ou bivitellins. Il montra l'importance des anastomoses superficielles et profondes dans les grossesses univitellines, anomalie qui explique l'hydramnios, la plus grande fragilité de ces variétés de jumeaux, l'un présentant de l'œdème, de l'hypertrophie du cœur et de la vessie, l'autre atteint d'une véritable cachexie. C'est le drame du *transfuseur* et du *transfusé.* Toute une série de placentas ainsi infectés sont exposés dans le musée de la clinique Tarnier et nombreux sont les étrangers qui viennent visiter cette belle collection.

M. Bar était lié avec l'embryologiste Ferré, élève de Dareste ; il l'avait intéressé à la formation expérimentale des malformations. Il soumettait des œufs de poule à l'influence d'éléments divers : son disciple pût ainsi, dans sa ferme de La Ferté, étudier l'action de la température, des gaz toxiques, des vibrations, etc.. et reproduire des monstruosités et de nombreuses gemellités.

Ces travaux le portèrent à étudier certaines malformations produites par l'oligo-hydramnios. Le musée Tarnier contient un assez grand nombre de pièces qu'il a recueillies et sur lesquelles on peut suivre les différents degrés de ces anomalies.

*
**

Nous venons de montrer Paul Bar *biologiste* et *médecin,* il me reste à parler de l'*obstétricien,* car ses recherches ne l'empêchaient pas de s'occuper de sa spécialité.

Du temps de Tarnier, ses élèves étaient principalement des techniciens ; il fallait connaître à fond l'anatomie et la physiologie du canal pelvi-périnéal, les dimensions du mobile fœtal et les mécanismes par lesquels le contenu s'adaptait au contenant pour que le passage se fit avec le minimum de dégâts. De là les travaux de l'école de Tarnier : Pinard a étudié le bassin, Budin la tête fœtale, Budin et Champetier le passage de la tête dernière dans les bassins rétrécis ; Bar et Bonnaire la basiotropsie. Bar, dans des expériences classiques sur le mannequin, régla les indications comparées du basiotribe de Tarnier et du cranioclaste de *Braune.* Il prouva que le basiotribe pouvait broyer la tête fœtale de façon à la faire passer dans les plus petits bassins, mais que le cranioclaste était préférable dans les présentations du front ou sur la tête dernière.

Ces instruments, qui étaient indispensables à l'époque où vivait Tarnier et ses élèves, devinrent de plus en plus inutiles, et actuellement, on ne les emploie que rarement à la campagne, plus rarement encore dans les maternités modernes.

Nous arrivons à la période révolutionnaire qui s'étend de 1892 à nos jours. On peut dire sans exagération et sans qu'on puisse me taxer de flatteur, que Paul Bar joua en France le plus grand rôle dans l'orientation des interventions obstétricales vers la chirurgie. Déjà Pinard avait battu en brèche l'accouchement prématuré provoqué et les applications de forceps dites de force et remis en lumière l'opération du Français Sigault, dont le culte était entretenu, tels de fidèles vestales, par les accoucheurs italiens. Dans les Congrès, on assistait à des luttes épiques dans lesquelles les modérés comme Budin, les accoucheurs lyonnais, soutenaient l'accouchement prématuré, la version et le forceps, les autres, les avancés (je n'ose dire les rouges), avec Pinard et ses élèves, la symphyséotomie. Bar, dont le tempérament le portait surtout à « aller de l'avant », savait modérer sa nature en s'appuyant sur les résultats cliniques obtenus par lui : c'est alors qu'il publia son grand travail sur la « Conduite à tenir dans la dystocie pelvienne ». Ces leçons cliniques qui parurent en 1900, sont pleines de bon sens ; elles prouvent *qu'à cette époque* son éclectisme avait raison. Voici comment l'auteur posait les indications de ses diverses opérations : « Réserves faites des bassins mesurant plus de 85 mm., l'accouchement provoqué donne de bons résultats, il permet d'avoir des enfants assez développés pour être parfaitement élevables. De tels produits ne sont pas, quoiqu'on affirme, de par les conditions dans lesquelles on les fait naître, des êtres dégénérés. » Passant à la pelvitomie, qu'il a pratiquée de 1893 à 1900, il montre que cette opération donne parfois naissance à des troubles fonctionnels graves du côté de l'urètre et de la vessie, des déchirures du vagin, des troubles moteurs ; en outre, les suites de couches sont souvent pathologiques. Quant aux fœtus, du fait que l'opérateur est obligé d'attendre la dilatation complète, avant l'intervention, il peut souffrir et même naître mort. Moi qui ai vécu très près de mon maître, j'ai nettement l'impression qu'il jugeait cette opération comme peu chirurgicale et dont les indications deviendraient de plus en plus rares. Il prévoyait l'avenir et pensait à la victoire prochaine de sa rivale : l'opération césarienne.

Profondément impressionné par l'article de Säuger sur la réhabilitation de la césarienne conservatrice, paru en 1887, il se décida à le suivre. Bar y pensait depuis longtemps. C'est en 1887 qu'il pratiqua sa première césarienne à l'hôpital Tenon. En 1900, époque à laquelle il publiait ses leçons cliniques, il avat opéré 14 femmes avec une seule mort, sot 7,14 % de mortalité. Depuis, il améliora beaucoup sa statistique, puisqu'en 1920, sur une série de 100 cas, il perdit une opérée et cette dernière était la centième! Continuant ses recherches, il remarqua qu'il fallait envisager deux catégories de femmes : celles qui étaient opérées à *l'état pur,* c'est-à-dire à la fin de la grossesse ou même au début du travail, et celles qui subissaient l'intervention après un certain nombre d'heures de travail et surtout après les membranes rompues. D'où cet adage : *Si l'on ne veut pas exposer la vie des femmes, il ne faut opérer que les cas purs.* Avait-il raison ? Oui, car à l'époque où il prononçait ces paroles, on ne pratiquait que la césarienne haute, dite *corporéale,* mais s'il avait conservé son service en 1922, date à laquelle la césarienne basse segmentaire a été connue en France, il aurait élargi considérablement les indications de cette admirable opération. En résumé, on peut affirmer, sans crainte de gêner sa modestie, puisqu'hélas, il nous a quittés, que c'est Paul Bar qui, par son autorité, réussit à imposer l'usage courant de la césarienne en France ; peut-être même certains chirurgiens sont-ils allés trop loin et opéré des femmes qui auraient accouché *par voies naturelles.* Mais ceci est une autre histoire !

***

L'académicien. — Paul Bar fut élu en 1907, il a donc siégé pendant 38 ans. Il était un des membres les plus assidus et les plus actifs de notre Compagnie. Je le vois encore, occupant toujours le même fauteuil en bas et à droite, à côté de celui du professeur Vincent.

Pour me documenter, j'ai parcouru les bulletins de l'Académie et j'y ai trouvé le compte rendu de certaines séances historiques pendant lesquelles ont été discutés des problèmes de la plus haute portée scientifique et sociale. Dans ces grandes manifestations, mon maître Bar prenait souvent la parole et sa voix puissante, dominatrice, faisait taire les conversations parasites ; la déplorable acoustique de cette salle devenait subitement excellente. En 1914, ce fut le décret sur l'assistance aux femmes en couches, puis la discussion sur la loi Roussel ; en 1917, l'étude de la protection de l'enfance pendant la guerre dans le camp retranché de Paris, la protection maternelle dans les usines, les mesures à prendre contre les avortements et enfin la réglementation de la profession de sage-femme. A l'occasion de cette dernière question, Bar établit un volumineux rapport dans lequel il étudia les différentes réformes qui devraient être instituées. Il pensait que les sages-femmes pouvaient rendre de très grands services, principalement à la campagne. Il eut la patience de se renseigner auprès des préfets et des médecins des départements. Il montra que la grande majorité des accouchements étaient pratiqués par des sages-femmes, mais qu'en certaines régions la pénurie des accoucheuses provoquait l'intervention des matrones. Il insistait sur la médiocre situation des sages-femmes et soutenait que l'Etat devrait prendre la direction de cette réglementation : 75 % d'entre elles ne peuvent vivre de leur profession ! Dans certaines régions au moins, les sages-femmes auraient droit à être considérées comme des fonctionnaires et traitées en conséquence. Il adjure les pouvoirs publics de s'intéresser à cette question primordiale. Depuis 1917, elle a été remise sur le chantier, mais hélas! aucune solution sérieuse n'a été envisagée.

Dans la même année, dix séances ont été réservées à l'angoissante question de la dépopulation de la France. Ch. Richet et A. Pinard étaient rapporteurs ; Paul Bar prit souvent la parole et il serait curieux de comparer la dialectique de ces trois grands disparus ! Notre maître proposa la motion suivante : « Les maternités publiques dans chaque département devraient recevoir gratuitement *sans enquête* toute femme se présentant pour accoucher qui refuse de se faire connaître. » Pinard, avec la fougue oratoire qui le caractérisait, fit une charge à fond contre les *maternités secrètes,* en proclamant que ces refuges étaient immoraux et que « la société qui les favorise porte atteinte à la dignité humaine dans la personne de l'enfant et que c'est une honte sociale de condamner l'enfant à être une victime expiatoire ». Ceux qui ont entendu Pinard reconnaîtront ses généreuses envolées. Bar, plus pondéré, répliquait : « Nous pouvons appeler de nos vœux la cité future où toute grossesse sera honorée comme elle doit l'être, mais, nous médecins, nous devons voir l'état de nos mœurs tel qu'il est et notre premier devoir est de nous employer à porter un remède immédiat à leurs conséquences fâcheuses. » La proposition de Bar, mise aux voix, fut adoptée.

Nous venons de voir l'intérêt qu'il portait aux questions sociales ; digne élève de Budin, il installa dans ses maternités successives des consultations de nourrissons, et de syphiligraphie. Ami de Paul Strauss, dont je suis heureux d'évoquer ici la mémoire (car il fut un des rares ministres de la Santé qui se laissât diriger par des médecins), Bar présida la Ligue contre la mortalité infantile, le Conseil national de l'enfance, etc.

En 1926, Paul Bar fut élu président de notre Compagnie. Tous ceux qui l'ont vu dans cette délicate fonction ont pu juger de sa bienveillante autorté.

Il nous reste à parler de *l'homme :* La nature l'avait doué; sa stature fortement charpentée correspondait à sa force morale et à sa belle intelligence. Grand, blond, large d'épaules, il imposait par sa prestance ; portant haut une tête au large front, les yeux bleus un peu saillants, son visage coloré, le menton orné d'une courte barbe, ses traits accusés révélaient une énergie un peu sévère et pourtant, quand il le voulait, sa physionomie devenait souriante et ses yeux exprimaient la bonté. Sa voix était prenante, bien timbrée, son élocution facile et sobre. Toutes ces qualités le désignaient pour le professorat.

Il fallait le voir dans son amphithéâtre de la clinique, debout, la tête haute, la main droite tendue, montrant de l'index les pièces anatomiques ou les figures qu'il présentait à son public attentif. Il préparait soigneusement ses leçons sur de grandes feuilles qu'il étalait devant lui, mais qu'il consultait peu. Son plan était simple et facile à suivre, même quand il abordait des questions ardues comme la biologie de la femme enceinte ou le mécanisme de l'accouchement dans les bassins viciés. Aussi son auditoire, composé principalement de stagiaires, comprenait souvent d'anciens élèves ou des médecins étrangers qui avaient plaisir à l'entendre. Pour ma part, lorsque je sortais de l'amphithéâtre, même s'il s'agissait de sujets pour moi familiers, j'avais toujours l'impression que j'avais appris quelque chose.

***

Nous avons dit que Paul Bar était doué d'un courage tenace ; son attitude pendant les deux guerres, périodes où il tint tête aux Allemands, en font foi. Quand il se savait dans son droit ou quand il croyait tenir la vérité, il ne cédait jamais : témoin la lutte qu'il dut soutenir contre l'administration de l'Assistance publique pour éviter les dangers de l'encombrement dans son service.

Il montrait la même persévérance active quand il entreprenait un travail nouveau. Ainsi, lors de ses études sur le métabolisme chez la femme gravide, il se mit à étudier la chimie biologique pour être capable de rédiger lui-même ses résultats et de surveiller ses aides. Il en fut ainsi quand il jugea que les accoucheurs devaient recevoir et pouvoir opérer des cas de gynécologie dans leur service.

Il publia, en 1911, une leçon sur « l'orientation chirurgicale de l'obstétricie, son importance, les réformes qu'elle impose dans l'organisation des cliniques et des maternités françaises ». Il faut, disait-il, que les internes se décidant à exercer cette spécialité, passent deux ans dans les services de chirurgie. A cette époque, les accoucheurs étaient sous la fâcheuse impression de leurs maîtres qui avaient la terreur des opérations abdominales. On pensait avant tout à sauver la vie de la mère, l'enfant, ce « devenir », comme disait le professeur Fochier, comptant peu. L'obstétricien, ne craignant plus les interventions chirurgicales, devint le défenseur de l'enfant. Heureusement qu'aujourd'hui les interventions actuelles sont profitables non seulement au fœtus, mais à la mère.

Le tempérament de M. Bar ne le portait pas vers la chirurgie, il était trop sanguin pour rester impunément sous le masque dans une salle surchauffée. J'ai été à même de suivre son évolution. Au début, il sortait de la salle d'opérations congestionné et fatigué, mais peu à peu, il s'entraîna et je le vis pratiquer des interventions abdominales avec calme et une grande sûreté d'exécution.

***

Paul Bar était un *grand patriote*, il l'a prouvé en maintes circonstances.

Pendant la guerre de 1914, Bar évita de peu la fusillade ; il était parti en auto tout seul pour essayer de défendre son domaine de La Ferté-sous-Jouarre, occupé par les Allemands. Il tint tête aux officiers qui étaient en train de défoncer les portes. Sans l'intervention d'un médecin militaire allemand qui connaissait sa personnalité, il était passé par les armes. Comme il parlait assez bien l'allemand, il demanda à s'expliquer devant l'officier qui commandait le groupe et grâce à son énergie, il put ramener par la route un troupeau de moutons et quelques bestiaux égarés qu'il livra à l'intendance française.

Pendant cette même guerre, il ne reste pas inactif ; malgré les occupations requises par son service hospitalier, il prend la direction, en collaboration avec Strauss et Bonnaire, du ravitaillement des femmes enceintes et des enfants.

Pendant toute sa vie, il fut un propagandiste actif de la science française à l'étranger. Il visita la plupart des universités européennes, où il se fit de nombreux amis.

Bar voyait grand, il voulait que les gynécologues et obstétriciens français puissent correspondre entre eux pour constituer une même famille. Il commença, après avoir convaincu Pinard et Pozzi, par réunir dans la même publication les trois principales revues alors existantes ; ces publications sont devenues *Gynécologie et Obstétrique*. Il existait en outre plusieurs Sociétés françaises des mêmes spécialités, la Société de Pinard et celle de Budin. Bar, en bon diplomate, arriva à les réunir en une seule, la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris, comprenant des filiales dans les villes françaises pourvues d'une faculté. Enfin, voyant plus grand encore, il arriva à transformer la Société obstétricale de France en Association des gynécologues de langue française. Cette association avait pour but de réunir ceux-ci en un Congrès, auquel toutes les Sociétés de langue française prendraient part. Le premier Congrès eut lieu à Bruxelles en 1919, Bruxelles, ville martyre, patrie du roi Albert, du bourgmestre A. Max et du cardinal Mercier. Il ne manquait jamais un Congrès et il fallait voir combien cet homme, qui joignait à une grande autorité une simplicité touchante, était aimé et admiré.

Vous voyez, mes chers confrères, quel animateur représentait le professeur Paul Bar. Il était grand voyageur et connaissait toute l'Europe, s'arrêtant peu dans les villes non pourvues d'Université. Il se tenait au courant de toutes les nouveautés; il fut un des premiers à utiliser l'automobile, son permis de conduire portait le numéro 41 ! Ses premiers voyages furent épiques, il aimait à raconter les incidents qui accompagnèrent sa première randonnée ; il mit 48 heures pour aller de Paris à Rouen et retour. Quand les autos devinrent confortables, il voyageait avec sa famille, lui faisant visiter, un peu rapidement peut-être, les musées et les monuments classés. J'ai visité l'Écosse et la Scandinavie en sa compagnie ; il était ponctuel, son programme était fixé d'avance et dix minutes avant le temps qu'il avait jugé suffisant, il commençait à s'agiter, vous tirait par la manche pour reprendre le périple convenu. C'était un guide sévère, mais qui avait l'avantage d'avoir tout lu et tout retenu.

Sa curiosité le portait à essayer les méthodes nouvelles. Ainsi, en 1895, il pria ses amis Oudin et Béclère de lui enseigner les principes des rayons X pour les utiliser en gynécologie et put, quelques années après, publier dans la *Presse médicale* un article sur les applications des rayons aux sciences médicales.

***

Le professeur Bar, qui passait pour avoir un caractère difficile, était un tendre; il respectait et admirait ses maîtres, tels Léon Labbé et Tarnier ; il était fidèle à ses amis E. Gaucher, Cruet, Barthélémy, Schwartz, Tissier, etc. Il était dévoué à ses élèves, même aux plus humbles de ses externes, allant les voir quand ils étaient malades et les réconfortant par sa bonne humeur. Il était paternel avec son personnel hospitalier, et ses élèves se souviennent de cette brave Mme Morel, sa dévouée surveillante. Enfin, ses clientes le considéraient comme le médecin de famille, le consultant, non comme médecin, puisqu'il ne soignait pas les malades, mais comme un père à qui l'on confie les difficultés de l'existence. Il trouvait toujours le moyen de les consoler.

Mon maître se retira bénévolement un an avant l'âge de la retraite. Il me disait qu'il était fatigué et écœuré par les difficultés qu'il éprouvait auprès de l'administration ; mais, entre nous, je crois qu'il cachait sous ces raisons le plaisir de me voir le remplacer une année plus tôt.

Quand il eut quitté son service, son caractère se modifia, il acquit une bonhomie souriante, vivant en pleine sérénité au milieu de ses enfants et petits-enfants. Tous les mardis, il se rendait à l'Académie, où il était heureux de rencontrer ses confrères et ses amis. Rentré chez lui, il lisait beaucoup, principalement des livres d'histoire, relisant les classiques latins pour aider ses petits-enfants dans leurs études. Cette année même, il s'était remis aux mathématiques, expliquant à l'un d'eux la façon de résoudre certains problèmes de mathélém.

Comment M. Bar put-il mener une vie aussi remplie ? Travaux scientifiques, enseignement, clientèle, voyages ? C'est d'abord à son excellente santé et à sa robustesse, ensuite à la rigueur d'existence qu'il s'était imposée. Levé à 5 heures, même en hiver, après avoir allumé son feu préparé la veille, il se rendait dans son cabinet pour travailler. Il ne veillait jamais, se couchant à 9 heures, trouvant dans son foyer, au milieu de sa compagne dévouée et de ses enfants, une tranquillité d'esprit qui lui permettait de travailler. De temps en temps, il se rendait en matinée, soit au Français, soit à l'Odéon, pour y mener ses enfants ou ses petits-enfants. Son régime était sévère, il ne buvait que de l'eau.

***

J'arrive à la fin de mon exposé. En somme, notre maître a vécu, malgré des deuils cruels, une longue et belle vie. Il plaçait son idéal dans le travail, la grandeur de la patrie, sa famille et sa clinique Tarnier qu'il aimait tant ! Sa robuste vieillesse ne l'avait pas affaibli. En septembre dernier, étant âgé de 92 ans, il voulut, malgré les conseils de son entourage, se rendre à La Ferté pour assister aux fiançailles d'un de ses petits-fils. Il prit froid dans la voiture qui le ramenait à Paris et contracta une bronchite qui le fit réfléchir. On ne le vit plus à l'Académie, mais moi qui le visitais souvent et entretenais une correspondance suivie avec lui, ai pu juger jusqu'au dernier jour la fidélité de sa mémoire, la netteté de son raisonnement et de son écriture.

Ces temps derniers, je lui rappelais ses travaux et la part qu'il avait prise dans l'étude de la biologie de la femme enceinte et de l'orientation chirurgicale de l'obstétricie, il me répondit en souriant : « Mon cher ami, si mon souvenir ne disparaît pas dans le mémoire de notre génération, ce sera peut-être grâce à la pince omphalotribe qui porte mon nom. » Quelle philosophie souriante il avait atteinte depuis qu'il avait pris sa retraite !

Mais la fée qui l'avait protégé dans sa longue vie voulut que sa mort fut douce. Il glissa dans son cabinet de travail et fit une chute dans laquelle il se fractura le grand trochanter. Cet accident l'immobilisa et une congestion pulmonaire l'entraîna doucement vers la mort.

P. Bar meurt comme il avait vécu, luttant avec courage contre les drames de la vie et les angoisses qui précèdent la mort. Il laisse une école dont les élèves essaieront de suivre son exemple et à vénérer sa mémoire.

Qu'il me soit permis, au nom de l'Académie et de l'école Tarnier, de présenter à sa fille et son gendre, Madame et le Dr Bariéty, son autre gendre le Dr Houdard, son frère, M. Bar, ses onze petits-enfants, l'expression de notre douloureuse sympathie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 22 janvier 1946

Déclaration de vacances de places de membres titulaires dans la section médecine et dans celle de chirurgie et accouchements, en remplacement de MM. Le Noir et P. Bar, décédés.

Nécrologie. — M. le Président fait part à l'Académie du décès de M. N. Fiessinger.

L'avenir de la recherche dans les sciences médicales (a l'occasion du Cinquantenaire de la mort de Pasteur). — M. Ramon. — Pour opérer son redressement, la France à besoin du concours de toutes les intelligences. Un des principaux buts doit être la recherche thérapeutique et prophylactique. Les difficultés actuelles peuvent être un stimulant pour les chercheurs comme elles l'ont été à diverses époques, mais à la condition que les pouvoirs publics leur viennent en aide moralement et matériellement.

Il est désirable que la France prenne l'initiative d'une organisation mondiale en faveur des études qui visent à faire reculer la mort et étendre les limites de la vie.

L'Académie décide de transmettre cette motion aux pouvoirs publics.

La fonction des glomus dans la régulation thermique du nouveau-né. — MM. Ribadeau-Dumas, Héraux, G. Tardieu et Mme Renard. — On peut observer des variations thermiques des doigts autres que celles d'autres territoires cutanés chez le nouveau-né ou le jeune enfant. Les glomus semblent y jouer un rôle. L'âge et l'état général du sujet semblent les principaux facteurs en jeu, prématurés et débiles réagissent souvent anormalement. La persistance de ces anomalies, au delà de quelques jours, témoigne d'une débilité réelle bien que latente.

Réaction adénomateuse dans l'écorce d'un rein décapsulé. — M. Loeper. — La décapsulation rénale pour néphrite joue un rôle dans la réparation et le remaniement de l'organe. Il se produit des adhérences avec fins capillaires néoformés qui pénètrent dans le rein. On voit à ce niveau des tubes intacts et surtout des glomérules géants formant de véritable adénomes, sécréteurs et excréteurs. Cet actif remaniement témoigne de l'activité rénale mais il ne peut être utile qu'en cas d'opération précoce sur un rein suffisamment conservé.

Discussion : MM. Chevassu, Lemierre, Debré, Pasteur-Vallery-Radot.

Etude des propriétés abiotiques du plumbagol — MM. de Saint-Rat, Olivier et Chouteau. — Le plumbagol, extrait du « plumbago europea », est bien toléré par le lapin ; l'injection locale fait avorter les lésions staphylococciques expérimentales ; l'injection intraveineuse ralentit l'évolution des septicémies.

Migration des éléments de la crête neurale médullaire suivis par la méthode des micro-injections colorées. — MM. Delmas et Gothié.

Observation à Tunis d'une maladie épidémique se manifestant par de la fièvre et des vomissements de sang. — MM. Laigret et Corcos (Présentation faite par M. Mathis). —

Cette affection épidémique, récemment observée en Tunisie, est caractérisée par de la fièvre et des hématémèses, rouges ou noires. L'étiologie en reste mystérieuse. Elle diffère du typhus amaril où le vomito negro annonce la mort prochaine. L'hématémèse dans la maladie tunisienne est le prélude de la guérison. Les études expérimentales en cours tendent à faire classer cette affection dans le cadre des pseudo-dengues.

Election de deux Correspondants étrangers. — MM. Carrer (de Zurich) et Vladesco (de Bucarest) sont élus correspondants étrangers dans la section de pharmacie.

Séance du 29 janvier 1946

Nécrologie. — Le président annonce à l'Académie le décès de M. Villaret.

Notice nécrologique sur M. Claude par M. Lhermitte.

Rapport sur le statut des laboratoires d'analyses médicales. — M. Polonovski.

Discussion : MM. Bougault, Bezançon.

La transfusion sanguine n'est pas sans danger. — M. Tzanck (Présentation par M. Laubry). — La tranfusion n'est pas une opération anodine et sa grande diffusion oblige à la défendre contre des partisans trop zélés pour lui ménager l'avenir.

La pratique de guerre a pu, de très bonne foi, passer sur les risques ou même les ignorer, il en est autrement de la pratique civile.

Les accidents sont, le plus souvent, évitables et sont le fait des débutants ; ils sont l'exception. Mais en dehors des fautes de technique, des erreurs de groupe et de l'infection, il y a d'autres accidents, inévitables. Il faut donc augmenter de vigilance tant au point de vue des groupes sanguins que dans la connaissance des indications.

Il serait à souhaiter qu'à la suite de toute réaction post-transfusionnelle, le médecin adresse à un Laboratoire de Contrôle un protocole des incidents et un échantillon des deux sangs mis en présence.

Discussion : MM. Laubry, J. Joly.

Renseignements épidémiologiques sur la diphtérie dans le département du Lot-et-Garonne. — M. Grill (Présentation par M. Ramon). — Une forte endémie règne en Lot-et-Garonne depuis octobre 1943 ; 15 % des cas à l'âge préscolaire, 24 % à l'âge scolaire, 19 % chez les adolescents, 28 % de 20 à 40 ans. 12 % des cas concernent des vaccinés, 88 % des non vaccinés. 17 décès sur 314 cas. Gravité très grande avant l'âge de 3 ans. Aucun décès chez les vaccinés.

Discussion : M. Ramon.

Le tonus musculaire dans les paralysies traumatiques du plexus brachial. — M. André Thomas. — On connaît l'importance dans les paralysies du plexus brachial de l'effort exercé sur le plexus et ses racines dont les inférieures sont à la fois les plus fragiles et dans certains cas les plus exposées.

Moins connue est l'atteinte de muscles non innervés par le plexus (M. vertébraux, cervicaux, céphaliques) qui peuvent présenter même la R. D. L'attitude au moment du traumatisme commande en partie la topographie des troubles. Les muscles paralysés, d'abord hyperextensibles, deviennent finalement moins extensibles que leur antagonistes du côté sain, tout en demeurant moins puissants. En même temps augmente la résistance aux mouvements passifs.

Au membre inférieur, diminution du tonus du côté malade, augmentation de l'extensibilité et de l'élongation, mais aucune paralysie. L'hypotonie, de durée variable, peut être définitive. Il n'apparaît aucune hypoextensibilité ultérieure. Les lésione nerveuses et vasculaires sont sans doute moins graves.

On peut observer dans les traumatismes obstétricaux ou non obstrétricaux des troubles analogues.

Discussion : M. Lhermitte.

Commission pour l'étude des réformes au règlement et au fonctionnement de l'Académie. — La Commission est constituée du président et du secrétaire général et de MM. Bezançon, Laubry, Lemaître, Bazy, Tanon, Jolly, Polonovski, Martel, Bougault, Ramon.

Séance du 5 février 1946

Nécrologie. — Notice nécrologique sur M. Le Roy des Barres (de Hanoï). M. Bazy.

De l'urticaire à l'ulcère gastrique. — M. Loeper. — Le rapprochement apparemment imprévu entre ces affections est rendu légitime par leur coïncidence ou leur succession chez un même sujet.

Pour que la muqueuse gastrique soit lésée, la réalisation d'un véritable phénomène d'Arthus semble se produire ; la muqueuse peut être sensibilisée directement par certains médicaments qui ont ensuite une action déchaînante. Sur 34 cas observés neuf fois il existait une sensibilité alimentaire et sept fois de l'urticaire ; les résultats de la gastroscopie et de l'examen radiologique ne contredisent pas cette hypothèse ; il semble s'agir beaucoup plutôt d'allergie que d'intoxication vraie ; les protides en général, d'autres fois les glucides ou les lipides, en sont les agents. Les lésions peuvent aller jusqu'à la nécrose et dues à une action tantôt locale, tantôt générale. Des ulcus ont pu succéder à une sensibilisation par injection hypodermique de sérum ; on sait aussi que l'histamine peut provoquer ou entretenir des ulcus. L'histaminémie des ulcéreux est dix fois supérieure à la normale.

Le traitement de ces cas comprend, en plus des pansements protecteurs classiques, la désensibilisation locale, les vagolytiques, la désensibilisation générale (l'histamine à très faible dose), les antihistaminiques.

La participation du « Secours aux Enfants » de la Croix-Rouge suisse à la lutte contre la tuberculose en France. — M. Armand-Delille. — 60.000 enfants français ont été placés, gratuitement, pendant trois mois au moins, dans les familles, souvent paysannes et dans les meilleures conditions physiques et morales ; ils sont revenus florissants de santé, heureux, habillés de neuf et souvent munis d'un petit pécule. Grâce au Dr Oltramare, de Genève, a été entreprise la cure de la tuberculose. En octobre 1945, 1.000 enfants, en état de primo-infection, ont été pour six mois dirigés sur Adelboden où a été réalisée une magnifique organisation médicale et hospitalière. Le « Don Suisse », de son côté, a distribué, en nature, pour près de 4 milliards de francs. Un vœu associe l'Académie à la reconnaissance que mérite la splendide générosité de la Croix-Rouge suisse.

Traitement de la crise de colique hépato-vésiculaire par le nitrite d'amyle. — M. Nemours-Auguste (présentation faite par M. Lhermitte). — Dans cinq cas de crise douloureuse vésiculaire avec ou sans calcul visible aux rayons, et vésicule perméable ou non, la crise a été jugulée instantanément par l'inhalation de nitrite d'amyle. Une vésicule que le repas de Boyden n'amenait pas à évacuation, s'est évacuée dans un délai normal grâce à cette méthode.

Ces faits plaident en faveur de l'origine spasmodique de la crise douloureuse.

L'évacuation de la vésicule doit être étudiée pendant la crise et pendant l'accalmie.

Le problème des autopsies dans l'enseignement et dans la recherche. — M. LEROUX.

Discussion : M. AMEUILLE.

Eclosion de nouveaux foyers d'amibiase autochtone dans la région marseillaise. — M. OLMER. — Dans ces dernières semaines ont été hospitalisés plusieurs cas d'hépatite amibienne chez des sujets dont l'un rentrait d'Autriche où il avait été mêlé à des Russes, dont d'autres n'avaient pas quitté le Midi de la France et s'y sont sans doute trouvés mêlés à des troupes africaines. Il importe de connaître de tels cas comme possibles et de les dépister et traiter précocement.

Discussion : MM. BAZY, TANON, BRUMPT, MATHIS.

Nomination d'une Commission de la Prénatalité. — Cette commission se compose de MM. BRINDEAU, RIBADEAU-DUMAS, MOCQUOT.

Nomination d'une Commission des Etudes anatomo-pathologiques. — Cette commission se compose de MM. ROUSSY, ROUVIÈRE, RIST et AMEUILLE.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE ANNUELLE (30 JANVIER 1946)

M. le Professeur CADENAT, président, se félicite de pouvoir renouer la tradition de cette séance annuelle. Après avoir adressé un souvenir ému aux membres de l'Académie décédés depuis six ans, M. CADENAT souligne l'importance de la tâche à accomplir pour rééquiper la France au point de vue sanitaire.

Compte rendu des travaux. — M. le Professeur GATELLIER.

Eloge du Professeur Pierre Duval. — M. le Professeur BROCQ retrace, dans un très beau discours, la figure de P. Duval. Après avoir rappelé les étapes d'une carrière éblouissante, il montre que l'homme était à la hauteur de ses succès ; « aristocrate de la chirurgie » et d'une merveilleuse dextérité manuelle, P. Duval possédait également les plus belles qualités de l'esprit et du cœur. Son intelligence, toujours à l'affût du progrès, s'est attachée successivement aux recherches de techniques opératoires puis à l'exploration radio-chirurgicale de l'appareil digestif, enfin aux grands problèmes biologiques posés par certains syndromes chirurgicaux (brûlures, maladie post-opératoire). Chef d'école prestigieux, il a laissé parmi ceux qui ont été admis à l'honneur d'être ses élèves, le souvenir d'une intelligence rayonnante, d'un patron incomparable.

SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1946

A propos de la castration ovarienne dans le traitement des douleurs des métastases rachidiennes dans le cancer du sein. — M. FUNCK-BRENTANO apporte une observation dans laquelle il n'obtint aucune amélioration.

Un test du shock : la résorbtion accélérée d'une boule d'œdème sous-cutanée obtenue par l'injection de 2 cm³ de plasma. — MM. LABORIE et MORAND. — M. Leveuf rapporte ce travail.

Mammectomie partielle ou totale par voie aréolaire simple ou élargie. — M. CABANIÉ. — M. Merle d'Aubigné, rapporteur.

Brides intra-péritonéales en « corde ». — M. GUEULETTE a observé cette lésion une dizaine de fois au cours d'occlusions survenues parfois des dizaines d'années après une première intervention. L'auteur discute différentes hypothèses concernant l'origine de ces brides.

L'infiltration du sinus carotidien dans les collapsus et dans la prévention du choc opératoire. — MM. LUZUY et TROUVÉ apportent quatre observations de collapsus post-opératoire guéries par ces infiltrations. L'auteur l'utilise également dans la prévention du shock post-opératoire, l'injection bilatérale est à proscrire.

L'anesthésie du chirurgien de guerre. — M. FÈVRE.

A propos du traitement des cancers de la prostate par les œstrœgènes. — M. FAY.

Perforation gastro-duodénale sans perforation apparente. M. MURARD. — M. Boppe présente cette observation dans laquelle l'auteur constate la présence d'un épanchement gazeux et liquide sans aucune perforation apparente du tractus digestif.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 15 JANVIER 1946

Maladie de Biermer chez une enfant de 2 ans. — MM. KAPLAN et J. BERNARD présentent ce cas intéressant par le jeune âge de l'enfant et survenu chez une jumelle dizygote. Le traitement a rapidement amélioré l'anémie grave et l'achlorhydrie.

Syndrome d'Ehlers-Danlos. — MM. JANET, LEVENT et AUPINEL présentent un enfant présentant une hyperélasticité cutanée, une hyperlaxie ligamentaire, des cicatrices de la peau, des molluscoïdes et une petite tendance aux hémorragies. Il convient de noter l'association avec une syndactylie bilatérale, l'absence de tout autre cas familial et la cicatrisation parfaite obtenue après exérèse d'un molluscoïde.

Hérédo-syphilis tardive du nourrisson. — M. R. CLÉMENT, Mme CORNET et M. DECROIX présentent un nourrisson issu d'une mère syphilitique ayant reçu un traitement prénatal chez lequel sont apparus, à l'âge de 20 mois, des accidents secondaires, plaques muqueuses et réactions sérologiques positives. Ils concluent à l'origine congénitale tardive de ces accidents en raison de l'existence d'une hyperostose des os longs.

Les flocons de viande dans l'alimentation du nourrisson. — MM. ROSSIER et MALET ont eu des résultats favorables en alimentant des nourrissons avec des flocons de viande associés à des glucides et des sels minéraux. Ce régime assure une bonne croissance et peut remplacer le lait.

Note sur les affections digestives des nourrissons rapatriés. — M. GRENET et Mme TANGUY insistent sur l'élévation du taux de la mortalité qui a dépassé 25 % et signalent les bons résultats obtenus avec le ganidan.

CHRONIQUE

Le retour des prisonniers de guerre

J'ai examiné, depuis quelques mois, plusieurs centaines de prisonniers de guerre rapatriés. Les uns étaient des agents d'un service public ayant été mis en congé de trente jours lors de leur arrivée en France et venant demander une prolongation d'un mois qu'ils obtenaient tous, car on trouvait facilement à la motiver par amaigrissement et fatigue générale, troubles digestifs, reliquats de quelque maladie contractée en captivité. Les autres sont des prisonniers déjà examinés deux fois à leur retour et dont un contrôle médical doit être fait six mois plus tard.

Très peu de grands malades, ceux-ci ayant été reconnus tels au moment de leur rapatriement et dirigés vers un hôpital ou un sanatorium. Je note seulement trois cas de tuberculose pulmonaire ayant débuté après les premiers examens, un rhumatisme chronique vertébral nécessitant un changement de profession et un ulcère de l'estomac.

Il existe une grande différence entre l'état des officiers sortis des oflag et celui des soldats revenus des stalag. La plupart de ceux-ci, on le sait, ont beaucoup moins souffert que les prisonniers d'oflag. Les campagnards envoyés dans les fermes étaient les moins malheureux ; les cultivateurs aiment leur métier, s'intéressent passionnément aux travaux des champs et, pour eux, la terre, même allemande, c'était toujours la terre ; ils ont, pour la plupart, peu souffert de restrictions alimentaires. Aussi sont-ils revenus moins changés et vieillis ; ils se sont naturellement, pendant cette trop longue absence de cinq ans « courbés de quelques pouces vers le tombeau », mais pas plus et même parfois moins que leurs parents ou amis habitant nos villes bombardées et qui, sous-alimentés, se couchaient, après le travail de la journée, tout habillés pour descendre, en cas d'alerte, dans les caves ou les abris. Aussi beaucoup de soldats sont-ils rentrés en état de reprendre presque aussitôt leurs occupations habituelles. Ce qui domine, ce sont les maladies gastriques, le fonctionnement irrégulier de l'intestin ; la carie dentaire n'est pas rare. Quant à l'amaigrissement, il était très fréquent, parfois assez considérable, mais beaucoup de ces nouveaux maigres ont repris assez rapidement leur poids habituel. Voici un homme ayant une taille de 1 m. 65 ; il pesait 102 kilogr. avant la guerre : c'était trop ; au moment de la libération, son poids n'est plus que de 72 kilogr. ; le 15 novembre, il atteint 85 kilogr. Qu'il en reste là.

La reprise de la vie conjugale a été parfois troublée par quelques incidents fâcheux. Un employé, chez lequel je n'avais rien constaté d'anormal, me demande une prolongation de congé parce qu'il ne peut plus connaître ce que Balzac appelait « les félicités qui sont l'apanage de la jeunesse ». Après lui en avoir exprimé tous mes regrets, j'ajoute que cela ne me paraît pas une raison suffisante pour qu'il soit plus longtemps dispensé de son service de jour dans l'administration à laquelle il appartient ; mais, apitoyé par son désespoir, je finis par lui accorder quinze jours pour reprendre toutes ses forces. Un autre arrive avec une orchite blennorragique ; apprenant qu'il était marié, je me permets de lui reprocher d'avoir trompé sa femme si peu de temps après son retour ; mais il me répond que c'est sa femme qui l'a contaminé. Il lui avait généreusement pardonné ; cette femme avait sans doute invoqué les circonstances atténuantes à la manière de saint Augustin confessant les ardeurs de sa jeunesse. « Amabam amare. »

Presque tous les travailleurs manuels ont donc assez facilement repris leurs occupations antérieures à la guerre ; ils ont retroussé leurs manches (c'est aujourd'hui l'explication classique depuis les affiches bien connues). Beaucoup d'officiers rapatriés des oflag sont plus déprimés. A la Société de Médecine Militaire française, M. Tartarin a signalé la fréquence, chez eux, des troubles digestifs par alimentation défectueuse et insuffisante, ainsi que celle des psychasthénies, conséquence des souffrances morales et de l'inactivité forcée. Rester cinq ans loin d'un foyer parfois récemment fondé, être privé du charmant sourire d'une jeune femme très aimée, ne pas voir un petit enfant vaciller sur ses jambes en faisant ses premiers pas incertains, c'est une grande souffrance ; et puis, il fallait vivre avec des « chers camarades » inconnus peut-être la veille ; les caractères se heurtaient ; des opinions politiques s'affrontaient, diverses et parfois modifiées d'une année à l'autre par la marche des événements. Quant à l'inactivité, elle était non seulement physique, mais aussi intellectuelle, malgré les conférences organisées, les cours qui intéressaient d'abord, puis finissaient par lasser l'attention ; elle était aussi professionnelle, ce qui fait qu'au retour le notaire a quelque peu oublié les articles du Code civil relatifs aux contrats de mariage et aux testaments, l'avoué ne retrouve plus son chemin et s'égare dans le maquis de la procédure. Il fallut donc, dans les professions libérales, réveiller des cellules cérébrales qui somnolaient depuis trop longtemps, ce qui exigea une volonté énergique.

Le rapatriement des prisonniers a été entouré d'une sentimentalité romantique bien compréhensible. Mais cela passera, comme a passé l'enthousiasme admiratif pour les blessés de la guerre 1914-1918. Dans quelques années, quand on comparera les souffrances, très réelles, des prisonniers de 1940 à celles des combattants de l'autre guerre, on reconnaîtra que la plus belle palme du martyre revient à ceux-ci. Nous avons tous connu des soldats qui, blessés à Charleroi, retournaient guéris à leur régiment, recevaient une seconde blessure à Verdun ou dans la Somme, reprenaient encore leur place dans le rang pour être tués en 1918. N'oublions pas encore que, parmi les prisonniers de juin 1940, il en est qui ont été capturés à Loudéac ou à Saint-Jean-d'Angély avant d'avoir reçu le baptême du feu.

Ces réflexions ne sont peut-être pas à la mode de 1945 ; je crois pouvoir cependant les soumettre à des confrères « car à vous, non à aultres, est dédié cest escrit ».

Il est entendu que nous parlons seulement des prisonniers de guerre et non des douloureux rescapés des camps d'extermination auxquels on ne devra jamais marchander ni une profonde compassion ni une reconnaissance absolue.

M. Brelet (Nantes).

INTERETS PROFESSIONNELS

Ordre des Médecins

Conseil départemental de la Seine

A la suite de la démission collective du Conseil départemental, élu le 23 décembre 1945, tous les médecins inscrits au tableau sont convoqués en Assemblée générale, le dimanche 3 mars 1946, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine pour élire les vingt-quatre membres du Conseil de l'Ordre et les neuf suppléants.

Il y sera procédé au vote. Le scrutin sera ouvert à 9 heures et clos à 12 heures.

INFORMATIONS
(Fin)

Hôpitaux psychiatriques

Par arrêté en date du 22 janvier 1946, ont été définitivement admis au concours du médicat des hôpitaux psychiatriques, par ordre de mérite, les candidats dont les noms suivent :

MM. Duchêne, Follin, Cenac-Thaly, Maillard, Desclaux, Durand, Gallavardin, Jacquel, Mme Jacquel, MM. Bruère, Suttel, Sauguet, Colomb, Cassan, Hamel, Mlle Owsianik MM. Sommer, Valdenaire, Talairach, Mme Raimbourg, M. Fouks, Mlle Micucci, MM. Bachet, Chabe, Martin, Mlles Buisson, Ganidel, M. Doussot.

Ministère du Travail

Médecins inspecteurs du Travail spécialisés en matière de pneumoconiose. — 1re Région. — MM. les Drs Ameuille, Bariéty, Et. Bernard, Descomps (H.), Even, Fal, Hanaut, Meyer, Wolff (Ch.).

2e Région. — MM. les Drs Anglade, Eschbach, Le Page, Luizy, Mme le Dr Bouchard.

3e Région. — MM. les Drs Cordier, Martin (E.), Pontefract, Roux.

4e Région. — MM. les Drs Fay, Gauthier, Simonin.

5e RÉGION. — MM. les Drs Chabaud, Doyon.
6e RÉGION. — MM. les Drs Carrez, Denis, Tournant.
7e RÉGION. — MM. les Drs Brehon, Capron, Christianne, Delarra, Horel, Patoir, Schaffner, Swynghedauw, Verraighi, Wigniolle.
8e RÉGION. — MM. les Drs Bertrand, Le Rasle, Peltier, Vivier, Mme le Dr Clermont.
9e RÉGION. — MM. les Drs Faget, Pelle (Alph.).
10e RÉGION. — MM. les Drs Amelas, Bonnin, Bernon, Véran.
11e RÉGION. — MM. les Drs Delbecq, Vincent.
12e RÉGION. — MM. les Drs Jullien, Piéchaud, Varnery.
13e RÉGION. — MM. les Drs Baudot, Lapeyre, Pyronnet.
14e RÉGION. — MM. les Drs Cazamians (fils), Magnin (Jean), Mourrut, Poncet, Ratel, Reyjal.
15e RÉGION. — MM. les Drs Destres, Dumon (E.), Laval (P.), Lefèvre, Rivollier, Wieller.
16e RÉGION. — MM. les Drs Grunwald, Martin (Edme), Mattei, Muller, Roche
17e RÉGION. — MM. les Drs Giron, Jourdain, Lardy, Mézard, Moreau, Pasquier, Rozier.
18e RÉGION. — MM. les Drs de Léobardy, Pasquet.

(J. O., 2 fév. 1946.)

Syndicat national des médecins français électrologistes et radiologistes

Une Assemblée générale extraordinaire du Syndicat national des médecins français électrologistes et radiologistes aura lieu le dimanche 17 mars 1946, à l'hôpital Saint-Vincent-de-Paul, 74, rue Denfert-Rochereau (métro Denfert), à 9 h. 30. Ordre du jour : Examen des candidatures, statuts, questions diverses.

Association des Médecins de la Seine

La souscription, ouverte à l'Association des Médecins de la Seine en faveur des médecins, veuves ou familles de médecins de la Seine, victimes de la guerre, est close. Les candidats aux bourses, qui seront incessamment distribuées, sont priés de se faire connaître, dans un délai maximum de quinze jours, au trésorier de l'Association, le Dr Fege, 5, rue Lauriston.

Une Exposition d'œuvres exécutées par des malades mentaux aura lieu du 16 au 28 février, de 10 à 17 heures, 1, rue Cabanis (métro Glacière). Patronnée par M. Graulle, directeur du Centre psychiatrique de Sainte-Anne, et par le Dr Bessière, médecin-chef. Vernissage, avec conférence du Dr Ferdière, le 15 février à 15 heures.

Pour les candidats à la médecine coloniale

Plusieurs de nos lecteurs nous ont demandé de leur indiquer la voie à suivre pour aller exercer aux colonies. Notre excellent confrère, le Dr Sasportas, rédacteur en chef de la « Revue du paludisme », 36, rue Croix-de-la-Bretonnerie (4e), (tél. Archives 52-78), nous prie de faire savoir qu'il a ouvert un dossier à ce sujet et qu'il se chargera bien volontiers de renseigner ses confrères et de transmettre les demandes à qui de droit.

IVe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française

Sous la présidence de M. le Dr Delherm, le IVe Congrès des médecins électro-radiologistes de langue française se tiendra à Paris, à la même date que le Congrès de chirurgie, du 9 au 12 octobre.

Trois rapports seront discutés :
1° Etude critique des rhumatismes chroniques vertébraux, par M. le Dr Lachapele ;
2° La radiothérapie de contact, par MM. Cottenot, Lamarque et Gros ;
3° Possibilités et limites de l'électro-encéphalographie, par M. le Professeur Baudoin et M. Fischgold.

Cours d'Anesthésie

Hôpital Léopold Bellan (Dr Merle d'Aubigné). — Un cours sur les acquisitions nouvelles et la technique moderne d'anesthésie, sera fait par le médecin lieutenant Kern, diplômé d'anesthésie du Royal College of Surgeons (Londres). Il aura lieu les mercredi et vendredi, à 14 h. 30, à la Salle de Conférences de l'hôpital Léopold-Bellan, 6, rue Jules-Guesde, Paris.

1er cours : mercredi 20 février (Penthotal) ; 2e : vendredi 22 février (oxyprivation. Protoxyde d'azote). 3e : mercredi 27 février (circuit fermé). 4e : vendredi 1er mars cyclopropane trichloréthylène, (Vinesthène), etc., jusqu'au 22 mars.

Ce cours est gratuit.

Cours de méthode statistique appliquée à la médecine et à l'hygiène

Ce cours gratuit, organisé par l'Institut de Statistique de l'Université de Paris et l'Institut d'Hygiène de la Faculté de médecine de Paris, aura lieu au Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de médecine (21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier D), du 20 février au 18 mars 1946, les lundis, mercredis et vendredis, de 17 h. 30 à 19 h. (les 4 et 6 mars exceptés).

Il comportera, d'une part, dix leçons de méthodologie faites par M. Morice, d'autre part, dix leçons sur les applications de la statistique à la biométrie, à la génétique, à la médecine du travail, à l'hygiène mentale, aux assurances sociales, à l'étude de diverses causes de morbidité et de mortalité. Ces dernières leçons seront faites par MM. Berlioz, Bize, Boulenger, Bunle, Chevallier, Desoille, Dublineau, Teissier, Turpin et Mlle Tisserand.

Pour tous renseignements, s'adresser, soit à l'Institut de Statistique de l'Université de Paris (16, rue de la Ville-l'Evêque, 8e), soit à l'Institut d'Hygiène de la Faculté de médecine (21, rue de l'Ecole-de-Médecine, 6e).

Mariage

Le Dr Louis Delherm, médecin électro-radiologiste honoraire des hôpitaux de Paris et Madame, font part du mariage de leur nièce, Anne-Marie Coume-Delherm, avec M. Pierre Didot.

Nécrologie

— Dr Fernand Le Cointe, ancien chef de clinique, à Paris.
— Dr Albert Vacher, Paris.
— Professeur Georges Dumas, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.



Troubles digestifs, cutanés, nerveux, Grossesse, Croissance

LABORATOIRES PHARMA-FRANCE
43, Rue de l'Ancienne-Mairie
BOULOGNE-S-SEINE, MOL. 12-13



Infestations intestinales

LABORATOIRES PHARMA-FRANCE
43, Rue de l'Ancienne-Mairie
BOULOGNE-S-SEINE, MOL. 12-13



Laboratoires J. LAROZE - 54, rue de Paris - Charenton (Seine)



ARHEMAPECTINE
ANTI - HÉMORRAGIQUE
•
KIDARGOL
THERAPEUTIQUE RHINO-PHARINGÉE
•
ARKEBIOS
MEDICATION PHOSPHORIQUE POLYVALENTE
•
LABORATOIRE R. GALLIER
1b Place du Président Mithouard. Paris (7e)
•

INNOVATIONS innothéra THÉRAPEUTIQUES

SYMPATHYL

RÉGULATEUR DU SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

3 à 8 comprimés par jour

INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMÉR, ARCUEIL (SEINE)

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

Nº 5. — 1er MARS 1946 — 119e ANNEE — Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr. ; Etranger, 225 et 270 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Médecin des hôpitaux. — Un concours spécial pour la nomination à des places de médecin des hôpitaux de Paris, réservé aux candidats victimes d'événements de guerre ou ayant bien mérité de la patrie, s'ouvrira le lundi 25 mars 1946, à 9 heures, à l'Administration centrale. Inscription du 21 février au 6 mars inclusivement, de 15 à 17 heures, 3, avenue Victoria.

Prosectorat. — Un concours pour la nomination à deux places de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux s'ouvrira le mardi 4 juin 1946. Inscription du 7 au 17 mai 1946 inclusivement, de 15 à 17 heures, 3, avenue Victoria.

Concours d'Assistants en chirurgie

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Denoix et Benassy.

Jury du Concours d'Assistant de Chirurgie (1946)

CHIRURGIENS. — MM. les Docteurs : Pr. Cadenat, Toupet, Moure, Mondor, Gouverneur, Desplas, Brocq, Quenu, Huet, Funck-Brentano.
MÉDECIN. — Dr. Jacquelin.

Concours normal d'Internat (après-midi) (13 mars 1946)

Composition du jury

MM. les Drs Fouquet, Poumailloux, Alajouanine, Flandin, Heuyer, médecins ; Merger, accoucheur ; Lortat-Jacob, Léger, Basset, Maurer, Charrier, chirurgiens ; Leroux, O. R. L.

Concours d'Externat de Liquidation (matin)

Jury

MM. les Drs : Antonelli, Boudin, Facquet, Laplane, médecins ; Calvet, Aboulker, Billet, Baumann, chirurgiens ; Offret, ophtalmologiste.

Concours d'Externat ordinaire (après-midi)

Jury

MM. les Drs : Padovani, Mialaret, Cauchoix, Poilleux, chirurgiens ; Uhry, Lièvre, Hamburger, Schwoob, médecins ; Lemoyne, O.-R.-L.

Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours

Un concours pour quatre places d'internes titulaires et quelques places d'internes provisoires sera ouvert, le jeudi 4 avril 1946, à l'Hôpital Notre-Dame de Bon-Secours, 66, rue des Plantes (14e).

Les épreuves sont au nombre de deux et toutes deux théoriques :

Une écrite, comprenant trois questions (anatomie avec ou sans physiologie, pathologie interne et pathologie externe), 45 points ;

Une orale, comprenant deux questions (pathologie externe et pathologie interne), 20 points.

Pour les renseignements et demandes d'inscriptions, s'adresser au bureau de la Direction : 66, rue des Plantes, le matin, de 10 h. 30 à 12 heures ou l'après-midi, de 15 à 17 heures, jusqu'au 27 mars inclus, dernier délai d'inscription.

Faculté de Médecine de Paris

ELECTION DU DOYEN. — M. le Professeur Baudouin a été réélu doyen de la Faculté.

M. Lelong, agrégé, est chargé de cours à l'Ecole de Puériculture.

Faculté de Médecine de Bordeaux

Les cours pour l'obtention du **diplôme d'hygiène** commenceront le mercredi 13 février, à la Faculté de Pharmacie de Bordeaux.

L'examen aura lieu aussitôt après les vacances de Pâques.

Mérite maritime

Chevalier. — Dr André Perlés, médecin sanitaire maritime (Le Havre).

Citation à l'Ordre de l'Armée

Médecin capitaine Toussaint (Paul-Julien), du Ne groupement de bataillons de choc. choc.

Guerre

Le « J. O. » du 6 février publie un décret du 17 janvier 1946 portant nominations et promotions dans le cadre des officiers de réserve du Service de Santé. Nous regrettons que le défaut de place ne nous permette pas de reproduire ce décret qui nomme à titre temporaire, un grand nombre de médecins auxiliaires au grade de médecins sous-lieutenant et fixe leur rang. La liste des promus, pages 1032 à 1043, est suivi d'un article 2 annonçant la promotion de ces officiers au grade de médecin-lieutenant et la promotion de pharmaciens, dentistes de réserve ainsi que de médecins dans l'armée féminine.

Santé publique
Contre l'avortement

Un décret nº 45-149 du 9 février 1946 est relatif aux moyens anticonceptionnels et fixe la liste des substances et objets qui ne seront délivrés que dans les conditions prescrites par l'alinéa 2 de l'article 91 du décret du 29 juillet 1939.

1° **Par des pharmaciens sur prescription spéciale.** — Préparations à base de sabine, rue, phosphore blanc, ergot de seigle, post-hypophyse, hormones œstrogènes ou sels de plomb ;

2° **Par des pharmaciens, négociants et fabricants de matériel médico-chirurgical.** — Sondes rigides ou non, seringues intra-utérines, canules à bout effilé en os, verre métal ou ébonit, d'une longueur supérieure à 18 cm. Pinces longues à forcipressures, bougies de Heggar, fixe membranes, tampons vaginaux médicamenteux ;

A des **praticiens** habilités d'exercer la médecine, par les **pharmaciens, négociants ou fabricants** sur demande écrite pour usage professionnel : spéculums, hystéromètres, basiomètres, laminaire, crayons et bougies utérines.

Hôpitaux psychiatriques. — Un concours sur titres pour la nomination à trois emplois de médecin chef de service des hôpitaux psychiatriques de la Seine, s'ouvrira à Paris le 1er avril 1946. Les candidats devront produire une demande sur papier timbré, un extrait de l'acte de naissance, les diplômes et certificats justifiant les situations occupées antérieurement.

Demandes reçues jusqu'au 2 mars à la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau. Déposer au plus tard le 9 mars, sous pli cacheté, tous documents et notes utiles.

Deux postes de médecin chef sont actuellement vacants : 1° à l'hôpital psychiatrique de Hœrtd (Bas-Rhin) ; 2° à l'asile privé faisant fonction d'hôpital psychiatrique public de Privas (Ardèche). Les candidatures devront être adressées dans un délai de trois semaines (à dater du 19 février 1946), à la Direction du personnel (2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

Education nationale

Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire. — M. le Dr Marill (François-Georges), est délégué dans les fonctions de médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire et mis à la disposition du recteur de l'Académie d'Alger pour exercer les fonctions de chef de service de l'Hygiène scolaire pour l'Académie d'Alger.

Société de Médecine de Paris

Séance consacrée à l'étude médico-sociale de l'avortement criminel

Sous la présidence de M. Lesné, membre de l'Académie de Médecine, une séance spéciale sera consacrée à l'étude médico-sociale de l'avortement criminel. Elle aura lieu le vendredi 29 mars 1946, à 16 h. 30, 60, boulevard Latour-Maubourg (grand amphithéâtre).

Tous les confrères sont cordialement invités. La parole sera donnée à tous ceux qui auront des faits intéressants à apporter.

Le professeur Szent-Györgyi est en Suisse, nous apprend notre excellent confrère de Genève « Médecine et Hygiène ». L'ancien lauréat du prix Nobel de médecine est venu rétablir le contact entre les médecins hongrois et les médecins suisses. Il a parlé à Zurich et à Genève, et l'université de Lausanne doit lui décerner le titre de docteur « honoris causa ».

Naissance

— Le Dr et Mme Jacques Gay, à Excideuil (Dordogne), annoncent la naissance de leur petite Bernadette.

Nécrologie

— Le Dr Gabriel Florence, professeur de chimie biologique et médicale à la Faculté de médecine de Lyon, chevalier de la Légion d'honneur et croix de guerre 14-18, déporté par les Allemands et fusillé à Neuengammen, en avril 1945.

— Le Dr Edmond Papin, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph, ancien président de la Société française d'urologie, membre de l'Académie de chirurgie, décédé à l'âge de 71 ans, le 27 janvier 1946, à Cluny (Saône-et-Loire).

— Mme le Dr Marie Phisalix, chevalier de la Légion d'honneur, attachée au Muséum d'histoire naturelle.

— Le Dr Marcel Thomas, ancien chef de clinique à la Faculté, médecin de l'hôpital de Bon-Secours, à Paris.

— Le médecin capitaine Roquigny, chirurgien de l'hôpital de Marrakech, victime d'un accident d'avion, en service commandé.

— Le Dr Pierre Salles, médecin des hôpitaux de Paris.

— Le Dr Henri Piot, à Paris.

— Le Dr Henri Signoret, à Paris.

— Le Dr Barthélemy, médecin colonel en retraite, à Saint-Marcel, près Vernon (Eure).

— Le Dr André Routier, père de M. Michel Routier, interne des hôpitaux.

— Nous apprenons enfin la mort du professeur Mario Donati, de Milan, décédé à Genève, à l'âge de 67 ans. A la suite des mesures raciales, Donati avait été obligé, en 1939, de quitter l'Italie. Après avoir séjourné à Nice, il s'était fixé en Suisse, où il put travailler à la Clinique chirurgicale de Genève. Il était membre correspondant de l'Académie de chirurgie de Paris.

Renseignements

Interne désirant préparer la carrière des hôpitaux psychiatriques est demandé à l'Hôpital psychiatrique de Bonneval. Ecrire au Dr. Henry Ey, Bonneval (Eure-et-Loir).

Hygiène scolaire et universitaire

Concours sur titre pour quatre postes de médecins examinateurs scolaires à temps plein à Angoulême, Confolens, Barbezieux, Jarnac, 150.000, plus indemnités et déplacements. Clôture inscriptions, 28 février. Renseignements : médecin inspecteur régional, Hygiène scolaire et universitaire, rectorat Académie Poitiers, ou Direction départementale Santé, à Angoulême.


ARHEMAPECTINE
ANTI - HÉMORRAGIQUE


LABORATOIRES MICHEL DELALANDE · COURBEVOIE (SEINE)

LA DISTRIBUTION BRONCHIQUE INTRA-PULMONAIRE

Intérêts de sa connaissance pour les études bronchoscopiques

par MM. Warembourg et Graux

Il est curieux de trouver très peu de précisions dans les traités classiques de bronchoscopie, sur la distribution bronchique à l'intérieur des poumons. Ainsi, Chevalier Jackson signale simplement « que la bronche droite donne, pour ainsi dire, trois branches : l'épi-artérielle ou celle du lobe supérieur, — la bronche du lobe moyen, — la bronche du lobe inférieur et ses ramifications dorsales, ventrales et latérales. La bronche souche gauche se divise d'abord pour donner la bronche apicale gauche ou bronche supérieure, — son prolongement se divise ensuite en deux bronches inférieures avec ramifications dorsale, ventrale et latérale ».

Or, les thérapeutiques modernes médico-chirurgicales réclament une précision topographique de plus en plus grande ; il est souvent utile de pouvoir, avec précision, indiquer non seulement la nature mais aussi la localisation d'une infection ou d'une néoplasie pulmonaire ; aussi voulons-nous exposer le résultat de nos recherches effectuées dans le service de M. le professeur Gernez-Rieux, recherches destinées à préciser la distribution bronchique à l'intérieur des poumons.

Rappelons, tout d'abord, que la bronche souche droite donne naissance, d'après les auteurs classiques, à la bronche lobaire supérieure, à 4 bronches dorsales, et à 4 bronches ventrales et à la bronche infra-cardiaque. De la bronche souche gauche se détachent seulement la bronche lobaire supérieure, 3 bronches ventrales et 4 bronches dorsales. La première bronche ventrale, qui se rend à droite du lobe moyen, semble manquer à gauche et longtemps l'homologie structurale des deux poumons n'a pas été admise. Mais, depuis les travaux de Narath, de Huntington et, en France, de Lucien, la notion de l'homologie structurale des deux poumons fait autorité. Lucien, notamment, a montré que les deux poumons se subdivisent en un même nombre de secteurs de ventilation pulmonaire, qui reçoivent des bronches pouvant être groupées en 4 systèmes distincts : dorsal, ventral, infra-cardiaque ou para-bronchique interne et système para-bronchique externe.

Ce dernier système isolé par Lucien et son élève Weber, répond à la corticalité costale axillaire du poumon ; il est abordé par des éléments bronchiques horizontaux qui se superposent régulièrement. L'origine des bronches des 4 systèmes peut être différente à droite et à gauche mais leur territoire de distribution reste constant et identique.

D'après les travaux de Lucien, la bronche lobaire supérieure droite donne naissance aux bronches apicale, dorsale supérieure, ventrale supérieure et à la première parabronche externe. Le lobe moyen droit reçoit la première bronche ventrale, qui émet la deuxième parabronche externe ; de la bronche du lobe inférieur se détachent les deuxième, troisième et quatrième bronches ventrales, les première, deuxième, troisième et quatrième bronches dorsales, l'infra-cardiaque ou parabronche interne et en général la quatrième parabronche externe. La troisième parabronche externe provient de la première bronche dorsale ; la cinquième parabronche externe dérive habituellement de la troisième ventrale.

Grandgérard et Weber, collaborateurs de Lucien, ont modifié la terminologie classique. Ils font remarquer que la nomenclature de Lucien ne permet pas, « sauf à un esprit très averti, de situer sans hésitation une bronche quelconque à la place qu'elle doit occuper sur le tronc souche dans la série des collatérales et surtout dans le lobe pulmonaire où celle-ci se rend ».

C'est sur la conformation lobaire des poumons que doit se baser, d'après ces auteurs, la nomenclature la meilleure pour le médecin. Aussi modifient-ils légèrement la nomenclature classique, en ajoutant simplement à chaque bronche un qualificatif lobaire. « Il n'y aura de la sorte aucun changement à apporter aux vocables des éléments aérifères du lobe supérieur puisqu'ils portent déjà l'adjectif indiquant l'étage lobaire ; par contre la première collatérale ventrale (V_1 de Lucien) deviendra la bronche ventrale moyenne (VM), puisqu'elle ventile à droite le lobe moyen et à gauche la partie inféro-interne du lobe supérieur qui correspond au lobe moyen droit ; quant aux bronches ventrales du lobe inférieur, elles mériteront toujours leur nom de bronches ventrales inférieures, seul leur numérotage sera influencé et avancé d'un rang par suite de la transformation de V_1 en V. M. ».

Le tronc souche droit, dès qu'il aborde le hile pulmonaire, abandonne une bronche volumineuse à qui incombe la ventilation du lobe supérieur ; c'est la bronche lobaire supérieure qui donne naissance aux bronches apicale (Ap), ventrale supérieure (Vs), dorsale supérieure (Ds) et parabronchique externe supérieure. Mais il est rare d'observer la division de la bronche lobaire supérieure à la manière d'un candélabre à quatre branches. En général il y a réduction du nombre des bronches qui naissent sur la bronche lobaire supérieure « réduction consécutive à la fusion de bronches voisines, à l'apparition de troncs communs : tronc apico-ventral, tronc apico-dorsal, tronc ventro-dorsal. Dans d'autres cas, c'est la parabronche externe supérieure qui semble faire défaut : elle possède alors une origine double et se trouve représentée par deux rameaux, à direction externe, l'un provenant de la ventrale supérieure, et l'autre de la dorsale supérieure ».

Le lobe moyen est abordé par la bronche ventrale moyenne (VM), qui détache, vers l'extérieur, la parabronche externe moyenne (PEM). Quant à la ventilation du lobe inférieur, elle est assurée par les 4 bronches dorsales inférieures (DI. 1, 2, 3, 4), par les 3 bronches ventrales inférieures (VI. 1, 2, 3), par les 3 parabronches externes inférieures (PEI. 1, 2, 3), par la parabronche interne ou infra-cardiaque.

Contrairement au poumon droit, le poumon gauche se divise en 2 lobes seulement ; toutefois, il est possible de retrouver dans le poumon gauche toutes les ramifications bronchiques décrites à propos du poumon droit.

La bronche lobaire supérieure du poumon gauche se divise, après un court trajet horizontal, en 2 gros rameaux à direction opposée. Le rameau ascendant possède la même valeur que la bronche lobaire supérieure droite et fournit les mêmes ramifications qu'elle. Le rameau descendant est essentiellement une bronche lobaire moyenne dont l'origine est commune sur le tronc souche avec celle de la bronche lobaire supérieure ; ce rameau descendant donne naissance à la parabronche externe moyenne.

Comme le lobe inférieur droit, le lobe inférieur gauche est ventilé par 3 bronches ventrales inférieures (VI. 1, 2, 3), par 4 bronches dorsales inférieures, par 3 parabronches externes inférieures et par la parabronche interne, qui ne possède pas d'origine distincte et propre sur le tronc souche, mais dérive de la première ventrale inférieure.

Tels sont, brièvement résumés, les travaux de Grandgérard et Weber sur la distribution bronchique intra-pulmonaire. Leur connaissance nous paraît capitale, car elle permet aisément au spécialiste de reconnaître les bronches qui se détachent du tronc souche exploré par le bronchoscope.

Insistons sur deux faits : tout d'abord, le calibre et la rigidité de l'appareil à bronchoscopie ne permettent pas d'explorer toutes les ramifications de l'arbre bronchique. Le bronchoscope glisse facilement de la trachée dans la bronche souche droite, qui ne fait qu'un angle de 25° avec la trachée ; mais l'endoscopiste ne pourra explorer cette bronche souche que jusqu'à proximité de la première bronche ventrale inférieure. L'introduction de l'appareil à bronchoscopie dans la bronche souche gauche est plus délicate, car cette bronche fait avec la trachée un angle de 75° ; en général l'opération est réalisable et l'appareil peut être poussé aussi jusqu'au voisinage de l'orifice de la première bronche ventrale inférieure. Mais un deuxième fait mérite d'être signalé : l'origine de certaines bronches est différente à droite et à gauche et l'endoscopiste n'observe pas à gauche tous les orifices visibles à droite, notamment il ne peut voir les orifices des bronches ventrale moyenne et infra-cardiaque.

Nous voudrions exposer, à présent, comment se présente, à l'endoscopiste, l'arbre bronchique d'un sujet adulte.

Arbre bronchique droit

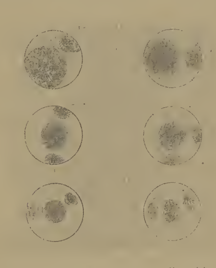
En général, à 25 millimètres de l'éperon trachéal, l'appareil à bronchoscopie permet d'observer, sur la face antéro-externe du tronc souche, l'orifice de la bronche lobaire supérieure qui peut se diviser très tôt en plusieurs branches secondaires dont les abouchements seront visibles par l'emploi d'un appareil optique à vision latérale.

Poussé plus loin, le bronchoscope découvre, 20 ou 25 millimètres plus bas, deux orifices de bronches collatérales, l'un situé en avant, l'autre en arrière du tronc principal ; le premier répond à la bronche lobaire moyenne ; le second à la première bronche dorsale inférieure qui se ramifie dans le sommet du lobe inférieur qu'une scissure surnuméraire isole parfois sous le nom de lobe moyen postérieur. L'orifice de la bronche DI_1 est situé soit au même niveau que celui de la bronche lobaire moyenne soit quelques millimètres plus bas.

Si le bronchoscope poursuit sa course, il va heurter, environ deux centimètres plus loin, une trifurcation qu'il ne peut franchir par suite du calibre insuffisant des bronches : au centre se distingue le tronc souche ; un orifice latéral interne répond à la

bronche infra-cardiaque ; un orifice antéro-externe correspond à la première bronche ventrale inférieure ; parfois ce dernier orifice est franchement externe et peut répondre à la deuxième parabronche externe inférieure. Parfois l'orifice médian de la trifurcation est lui-même subdivisé par un éperon bronchique en deux orifices secondaires, l'un antérieur le tronc souche, l'autre postérieur qui répond à la deuxième bronche dorsale inférieure.

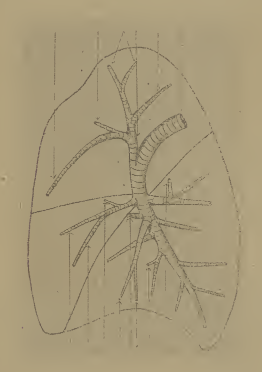
Ainsi, au cours de sa progression dans le tronc souche, le bronchoscope rencontre trois étages bronchiques successifs : un premier étage ou *étage supérieur* répond à la bronche lobaire supérieure, un *étage moyen* avec les orifices des bronches ventrale moyenne et première dorsale inférieure, un *étage inférieur* qui offre une ramification interne constante, la bronche infra-cardiaque, une deuxième ramification, traduction de l'abouchement de VI_1 ou PEI_2 et parfois une troisième ramification DI_2.



Disposition habituelle des orifices bronchiques sur le tronc souche — Autre disposition des orifices bronchiques sur le tronc souche

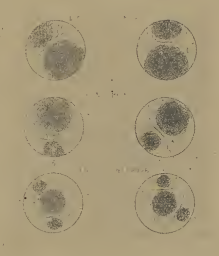
Les trois étages bronchiques du poumon droit

1. Bronche souche. — 2. B. lobaire supérieure. — 3. B. lobaire moyenne. — 4. 1re B. dorsale inférieure. — 5. B. infra-cardiaque. — 6. 1re B. ventrale inférieure ou 2e parabronche externe inférieure. 7. 2e B. dorsale inférieure



L'arbre bronchique du poumon droit (vue latérale interne)

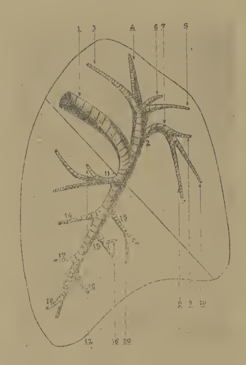
Légende (d'après la terminologie de Grandgérard et Weber)
1. Bronche souche. — 2. B. lobaire supérieure. — 3. B. dorsale supérieure. — 4. Bronche apicale. — 5. B. ventrale supérieure. — 6. Parabronche externe supérieure. — 7. B. lobaire moyenne avec ses ramifications supérieure (8) et inférieure (9). — 10. Parabronche externe moyenne. — 11. 1re bronche dorsale inférieure. — 12. 1re parabronche externe inférieure. — 13. 2e parabronche externe inférieure. — 14. B. infra-cardiaque. — 15. 2e B. dorsale inférieure. — 16. 1re bronche ventrale inférieure. — 17. 2e bronche ventrale inférieure. — 18. 3e parabronche externe inférieure. — 19. 3e B. dorsale inférieure. — 20. 3e B. ventrale inférieure. — 21. 4e B. dorsale inférieure



Disposition habituelle des orifices bronchiques sur le tronc souche — Autre disposition des orifices bronchiques sur le tronc souche

Les trois étages bronchiques du poumon gauche

1. Bronche souche. — 2. B. lobaire supérieure. — 3. 1re B. dorsale inférieure. — 4. 1re B. ventrale inférieure. — 5. 2e B. dorsale inférieure



L'arbre bronchique du poumon gauche (vue latérale interne)

Légende (d'après la terminologie de Grandgérard et Weber)
1. Bronche souche. — 2. B. lobaire supérieure. — 3. B. dorsale supérieure. — 4. Bronche apicale. — 5. B. ventrale supérieure. — 6. Parabronche externe supérieure. — 7. B. ventrale moyenne et ses ramifications supérieure (8) et inférieure (9). — 10. Parabronche externe moyenne. — 11. 1re B. dorsale inférieure. — 12. 1re parabronche externe inférieure. — 13. 1re B. ventrale inférieure. — 14. 2e B. dorsale inférieure. — 15. 2e B. ventrale inférieure. — 16. 3e parabronche externe inférieure. — 17. 3e B. dorsale inférieure. — 18. 3e B. ventrale inférieure. — 19. 4e B. dorsale inférieure. — 20. B. infra-cardiaque

Arbre bronchique gauche

Les trois étages bronchiques se retrouvent à gauche, mais avec de notables modifications. Tout d'abord une distance, d'environ 5 centimètres, sépare l'éperon trachéal de l'orifice de la bronche lobaire supérieure ; cet orifice occupe, comme à droite, une situation antéro-externe sur le tronc souche.

L'étage bronchique moyen ne présente plus qu'une bronche collatérale, DI_1 ; l'orifice bronchique antérieur manque, car la bronche ventrale moyenne se détache à gauche, non pas du tronc souche, mais de la bronche lobaire supérieure. La distance séparant cette dernière bronche de DI_1 est très variable, parfois les orifices dans les deux bronches sont contigus et les axes des deux orifices bronchiques ne sont séparés que par 5 millimètres, mais la distance peut s'accroître et atteindre 10 à 15 millimètres.

L'étage inférieur présente habituellement 3 orifices comme l'étage inférieur droit ; au centre se poursuit le tronc souche ; en arrière se détache DI_2 ; en avant est visible la lumière de VI_1 ; quant à la deuxième parabronche inférieure, elle provient, rarement à gauche, du tronc souche. Les bronches DI_1 et DI_2 sont distantes en moyenne de 15 millimètres. VI_1 naît à la hauteur de DI_2 ou quelques millimètres plus haut.

De cette étude des arbres bronchiques droit et gauche se dégage la notion de variabilité des distances séparant les divers orifices bronchiques. Les chiffres donnés concernent des sujets adultes. Du côté droit l'éperon trachéal, les étages bronchiques supérieur et moyen occupent d'ordinaire, les uns par rapport aux autres, des situations à peu près constantes, mais la distance entre les étages moyen et inférieur est beaucoup plus variable et oscille entre un centimètre et plus de deux centimètres. L'origine de la bronche infra-cardiaque est située à quelque millimètres au-dessus de VI_1. Du côté gauche la naissance de la bronche lobaire supérieure se trouve à 4 à 6 centimètres de l'éperon trachéal ; mais les étages bronchiques moyen et inférieur occupent des situations plus variables. 5 à 15 millimètres peuvent séparer DI_1 et la bronche lobaire supérieure. Quant à l'étage bronchique moyen, il est distant de 1 à 2 centimètres de l'étage inférieur.

Si le point d'implantation des bronches collatérales sur le tronc souche ne se fait pas toujours à la même distance de l'éperon trachéal, il peut aussi varier sur la circonférence bronchique, c'est-à-dire qu'il peut être plus ou moins antérieur ou postérieur. Ces dernières modifications sont souvent liées à des déformations thoraciques ou à des lésions pulmonaires. La bronche lobaire supérieure se détache d'ordinaire de la face antéro-externe du tronc souche, mais elle peut provenir soit de la face antérieure du tronc souche, soit de sa face externe. L'orifice de la bronche ventrale moyenne est situé sur la face antérieure du tronc souche, mais il peut être plus latéral et même franchement externe. DI_1 naît sur la paroi postérieure de la bronche principale, mais son origine est parfois déviée latéralement.

La bronche infra-cardiaque droite se détache de la face interne du tronc souche, VI_1 de la paroi antéro-externe, DI_2 de la paroi postérieure ; la deuxième parabronche inférieure peut provenir de la face externe mais, des variations sont susceptibles d'être observées.

Ajoutons que le bronchoscope, qui permet de noter si facilement le siège variable des bronches, révèle aussi que la dimension de l'orifice bronchique est fonction de la bronche considérée. La bronche lobaire supérieure présente un diamètre interne de 8 à 9 millimètres. Quant au diamètre interne des autres bronches, il est indiqué par le tableau suivant, dont les données sont empruntées à Grandgérard et Weber.

	Poumon droit		Poumon gauche	
	Mensurations effectuées sur moulages métalliques	Mensurations effectuées sur pièces disséquées après fixation	Mensurations effectuées sur moulages métalliques	Mensurations effectuées sur pièces disséquées après fixation
VM	7,5	6,5	7,5	6
VI_1	7,5	6,5	7,5	6
DI_1	6,5	5	6	5
DI_2	5,5	4	5,5	4
PI	6,5	5	5,5	4,5
PEI_2	4	2,5	4	2,5

Et au terme de cet article, nous croyons pouvoir insister sur l'intérêt de la connaissance des travaux de Lucien, Grandgérard et Weber ; ces travaux et le schéma de répartition bronchique, que nous proposons, doivent permettre à l'endoscopiste d'établir aisément le siège précis de nombreuses suppurations ou néoplasies pulmonaires.

(Travail de la Clinique Médicale et Phtisiologique de la Charité), Lille.
Professeur Jean Minet.

ACTUALITÉS

LES DÉPISTAGES D'ENSEMBLE AUX CONSULTATIONS PRÉNATALES

Les résultats de la prophylaxie sociale de la syphilis et de la tuberculose ont fait envisager récemment à certains auteurs l'extension au cancer de semblables mesures (1).

Plus en rapport avec les moyens présents est l'importante organisation dont un médecin niçois a récemment pris l'initiative (2). Les résultats nés de l'ingéniosité et du savoir-faire d'un noyau médical sont déjà des plus notables.

Jusqu'ici on a agi en ordre dispersé, allant au plus pressé. Le Dr Boisseau montre ce que donne la conjonction des efforts : les résultats compensent largement organisation et dépenses.

Au lieu de faire un dépistage séparé pour chaque affection, chaque spécialiste disposant d'un organisme autonome et complet, ce qui amène rapidement devant de sérieuses difficultés pratiques le dépistage est opéré par un organisme unique avec un personnel de spécialistes complet et un outillage matériel unique pour tout ; ce qui économise le personnel et l'argent, relie plus étroitement les diverses tranches, centralise les renseignements et accroît l'efficacité. Les mêmes moyens d'enquête, en effet, s'appliquent aux diverses inconnues du problème ; triage et aiguillage des intéressés sont facilités et accélérés.

Grâce à un fichier central le dossier de chaque client et de chaque famille est complet laissant moins facilement échapper les trouvailles inopinées dans un domaine accessoire. Chaque spécialiste dispose de la totalité des renseignements, celui à qui un indice a donné l'éveil et qui provoque une enquête aussi bien que celui qui coordonnera prévention et traitement.

L'enquête s'étend naturellement à l'entourage du client et chaque membre en sera, selon besoin, convoqué, examiné, classé, prévenu et soigné.

C'est ainsi qu'à Nice le Dr Boisseau a persuadé et réuni une équipe médicale homogène formée des divers spécialistes qui se sont dévoués à un but dont ils ont discerné l'importance. La méfiance de la clientèle devant la sujétion et l'enregistrement a été bientôt surmontée.

Si les budgets officiels d'hygiène se trouvent de la sorte rendus plus aisés, il en résulte aussi un allègement de la tâche du praticien et, pour les malades, une simplification des démarches et formalités.

L'actuelle prophylaxie de la syphilis a confirmé l'importance du traitement précoce et intensif et démontre la fréquence des syphilis méconnues (5,78 % de l'effectif total des hospitalisés de médecine générale) donc la nécessité du dépistage. Mais les idées reçues en la matière font que la présence trop évidente d'un spécialiste dûment catalogué a un effet plus répulsif qu'attractif.

Au contraire le dépistage phtisiologique, même collectif, a conquis le droit de cité. Il est donc avantageux de pouvoir, à l'ombre de la prévention antituberculeuse, dépister la syphilis, à la fois individuellement et collectivement. Interrogatoire, examen clinique avisé, radiographie et examen sérologique systématiques peuvent dévoiler des syphilis occultes. Une même équipe médico-sociale peut affronter le double problème lorsqu'elle réunit phtisiologue, vénéréologiste avec une assistante sociale commune.

Le deuxième trait original de l'organisation niçoise est le rôle des consultations prénatales. Sauf à son début, la syphilis est une affection générale à localisations viscérales ; c'est à la consultation prénatale qu'incombera la découverte du cas suspect et la convocation de l'entourage. « Pour dépister la syphilis maternelle c'est le père qu'il faut examiner. » La consultation prénatale, terrain neutre et masque discret, permettra, et aussi près que possible du début de la grossesse, les convocations nécessaires et l'établissement des habitudes utiles. Une consultation prénatale paternelle parallèle à l'autre doit fonctionner partout ; deux dépistages simultanés ne sont pas plus malaisés que deux séparés. L'organisation des Assurances Sociales, celle des institutions mutualistes, celle des centres antivénériens, seront mises à contribution le cas échéant et travailleront avec avantage à « feux croisés ».

Partout l'équipe médicale devra être complète : accoucheur-gynécologue, phtisiologue, syphiligraphe, radiologiste ; le triage préliminaire sera facilité par la radiophotographie. Un laboratoire, des secrétaires ; le personnel infirmier et le service se trouvera diminué du fait de la centralisation. L'installation de locaux com-

(1) Barbary. Acad. Méd., 6 novembre 1945.

(2) Dr J. Boisseau (de Nice). Le dépistage des maladies sociales aux consultations prénatales des Assurances Sociales des Alpes-Maritimes. Lavauzelle, 1945.

muns, spacieux et permettant circulation à sens unique, comprendra un cabinet médical avec chambre noire pour chaque spécialiste plus une salle de gynécologie et une pour l'examen des enfants, avec tous les locaux annexes et un laboratoire commun avec ses annexes. Les assistantes sociales seront communes assurant pour chaque cas particulier les diverses enquêtes et les diverses surveillances médicales et sociales et les aiguillages.

Le dépistage du cancer peut, dans une certaine mesure, s'ajouter aux tâches précédentes.

Le principal est la simultanéité des dépistages qui ne laissera négliger aucun indice accessoire.

La discrétion est de rigueur et commande l'efficacité aussi bien individuelle que collective.

Une telle organisation tranche indirectement le problème du dépistage dans les collectivités, relativement aisé en matière de tuberculose, incontestablement plus délicat en matière de syphilis. La consultation prénatale ouvre, au contraire, plus largement l'accès de la collectivité familiale.

Il est de principe absolu que ces organismes sont faits pour le triage, l'aiguillage et les conseils. Tous renseignements utiles réunis, l'intéressé est envoyé au médecin de ville ou à l'organisme approprié à qui incombe le traitement et avec qui le service de dépistage demeurera en liaison à toutes fins utiles.

L'auteur ne néglige aucun des détails de règlement ou de pratique qui peuvent aplanir la voie devant ses imitateurs ; son organisation a fait ses preuves depuis 1939, ainsi qu'en témoignent de copieuses statistiques et de nombreux tableaux dont nous ne saurions donner ici même un aperçu et qui montrent un esprit essentiellement pratique.

Il en est de même dans l'exposé des mesures capables d'augmenter le rayonnement du système. L'auteur insiste, avec raison, sur l'intérêt des avantages matériels pour attirer et retenir une clientèle : le ravitaillement en temps de restrictions, des primes substantielles en argent dans les temps d'aisance surtout si les futures mères en sont prévenues aussitôt. L'assistante sociale relevant en lieu approprié les noms et adresses des futures mères peut y aider puissamment. Il serait bon que la délivrance d'une carte de grossesse fût simplifiée et qu'une prime vînt encourager la précocité à demander une carte de priorité. Tous avantages réservés à la récompense de l'assiduité à la consultation du ménage au complet.

De telles consultations plus répandues peuvent incontestablement hâter, par l'établissement d'une habitude, le moment où l'obligation légale efficace pourrait y apporter consécration. Leur intérêt au point de vue hygiénique et démographique se montre, dès à présent, considérable.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1946

Rapport au nom de la Commission du Lait. — M. LESNÉ.

Des propriétés destructives ou antidotiques des filtrats de culture du B. subtilis à l'égard des toxines microbiennes. — MM. RAMON et RICHOU. — Il est possible de mettre en évidence des germes microbiens du groupe « subtilis » par exemple, capables d'élaborer en végétant, dans les milieux de culture, une substance sans doute complexe (subtiline) faisant preuve de *propriétés antibiotiques* (bactériostatiques, bactéricides et bactériolytiques) vis-à-vis de diverses bactéries pathogènes et, en outre, de *propriétés antidotiques* leur permettant de détruire très rapidement dans certaines conditions, les toxines microbiennes telles que les toxines diphtérique, staphylococcique, tétanique, etc. Ces différentes propriétés sont très stables à l'égard d'agents physiques tels que la chaleur ou d'agents chimiques tels que le formol ou de l'un et de l'autre de ces agents agissant simultanément sur les filtrats de culture.

L'ensemble de ces faits conduit à rechercher des germes antagonistes dont les cultures filtrées (ou les extraits) possèdent au plus haut degré ces propriétés dirigées à la fois contre les microbes pathogènes eux-mêmes et contre les poisons qu'ils sont susceptibles d'émettre.

La pénicilline est sans action dans la rage. — MM. REMLINGER et BAILLY. — Tant *in vitro* qu'*in vivo* la pénicilline s'est montrée sans action sur le virus rabique, cliniquement ou expérimentalement ; il en est de même dans d'autres affections à ultra-virus, ce qui est en faveur de la nature protéinique du virus rabique.

Action des substances antibiotiques sur le bacille de Koch en cultures homogènes. — MM. COURMONT, MOREL et GARDÈRE. — L'étude des propriétés antibiotiques de certaines substances sur le bacille de Koch doit porter sur des cultures liquides homogènes ; cette technique est plus précise que celle qui emploie des cultures solides ou en voile. Le haut indice antibiotique de certains produits n'implique pas leur valeur thérapeutique dans la tuberculose expérimentale ou la tuberculose humaine.

Discussion : MM. BEZANÇON, LEVADITI.

Considérations sur l'hématome du sterno cleïdo-mastoïdien chez le nouveau-né. — M. LANTUÉJOUL. — Cette lésion apparaît souvent chez des enfants présentant une hémi-atrophie faciale qui, bien souvent, augmente par la suite en même temps que se constitue un torticolis chronique. Pour tenter d'éviter cette évolution, il est possible de pratiquer l'énucléation du noyau fibreux dès son apparition. M. Ducroquet est intervenu quatre fois dans ces conditions, à la clinique Tarnier. Les examens histologiques ont montré l'existence de lésions fibreuses très anciennes. Il reste difficile de préciser les raisons qui font apparaître, quelque temps après la naissance, ces indurations au niveau d'un muscle malade.

Discussion : M. RIBADEAU-DUMAS.

Elections. — MM. ANDRÉ-THOMAS et CHABROL sont élus membres titulaires dans la Section de médecine en remplacement de MM. Troisier et Claude, décédés.

SÉANCE DU 19 FÉVRIER 1946

Nécrologie. — M. le Président annonce le décès de M. Georges Dumas, membre libre. — Notice nécrologique sur M. Le Noir, par M. Courcoux.

Inactivité thérapeutique de la pénicilline dans quelques maladies à virus neurotropes. — MM. LEVADITI et VAISMAN confirment les résultats observés par MM. Remlinger et Bailly. Lorsqu'on administre la pénicilline à dose totale de 2.000-4.000 U. O. par voie transcranienne en la répartissant en plusieurs injections quotidiennes à des souris infectées par voie intranévraxique avec les virus de Theiler, de la fièvre aphteuse neurotrope, de l'herpès ou de la rage des rues, on n'enregistre aucun résultat thérapeutique appréciable.

Sur la résistance à la chaleur de certains constituants microbiens. — MM. L. BAZY, Henri et Maurice VALLÉE rappellent qu'en 1920, deux d'entre eux, ont fait connaître à l'Académie des Sciences la résistance au chauffage à l'autoclave et à la longue concentration à 100° de substances actives des cultures en bouillon de divers germes, ce qui était contraire à la théorie généralement admise à l'époque qui voulait que tous les attributs microbiens sans exception fussent détruits en quelques minutes au voisinage de 100°. Or, les auteurs ont pu constater, au cours d'innombrables essais thérapeutiques, que les extraits bactériens obtenus après chauffage et forte concentration à 100° avaient une action indiscutable, fort complexe en réalité, mais dans laquelle entrait un élément spécifique certain, ce qui démontrait que le chauffage même prolongé laisse persister dans les extraits bactériens un élément antigène spécifique. Par ailleurs, les mêmes extraits bactériens permettent d'obtenir des succès thérapeutiques dans des cas où la spécificité ne peut être invoquée. Le mécanisme de cette action ne peut encore être précisé.

Les facteurs phyto et bactériostatiques des levures. — MM. A. SARTORY et MEYER. — Les filtrats d'une levure pathogène, le debaryomyces mucosus ainsi que les filtrats de levure fraîche de boulangerie obtenus par plasmolyse contiennent un facteur qui, à une forte dilution, empêche la croissance de certaines bactéries comme le colibacille et le Proteus Vulgaris : le même phénomène se rencontre en ce qui concerne la germination des grains de cresson alénois.

Application de la méthode au vert-janus à la détermination de la pénicillo-sensibilité des anaérobies. — MM. PRÉVOST et FERLY. (Présentation par M. TRÉFOUËL). — La méthode au vert-janus est couramment employée pour le titrage rapide des p. de production et de récupération. Les auteurs l'ont employée à étudier la pénicillo-sensibilité des anaérobies les plus courantes en clinique (abcès pulmonaires ou cérébraux, pleurésies putrides) et de diverses souches anaérobies pathogènes pour l'homme (gangrène gazeuze, septicémies, appendicites) et de bacille du groupe botulinique.

La méthode s'est montrée en accord avec les observations et les prévisions de la clinique. De maniement aisé, elle permet en six à douze heures d'établir l'utilité ou l'inutilité d'un traitement par la pénicilline.

Un maillon de la chaine pour l'approvisionnement des centres urbains en lait en nature. — MM. Tieulin, Douffanais et Gely. — La pasteurisation doit, nécessairement, être complétée par l'obligation de livrer le lait en voitures réfrigérées et isothermes. La réfrigération chez le détaillant pour la conservation du lait en bouteille puis du lait ordinaire, doit également être réalisée.

Discussion : MM. Lesné et Armand-Delille.

Election de deux correspondants étrangers dans la Section de Médecine Vétérinaire. — MM. Edwards (de Pirbright, Angleterre) et Fluckiger (de Berne), sont élus.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 16 janvier 1946

A propos du traitement du cancer de la prostate par les œstrogènes. — M. Küss montre qu'en cas de métastase les corps œstrogènes semblent n'avoir aucune influence.

L'anesthésie du plexus brachial. – MM. Aboulker et Mazars. — M. Basset rapporte ce travail basé sur 75 observations ; le coude marque la limite supérieure de la région où l'on obtient une anesthésie chirurgicale.

M. Moulonguet a observé une paralysie du plexus après ce procédé.

Colectomie gauche avec rétablissement immédiat de la continuité pour dolicocolon. — M. Darmaillacq. — M. Gueulette rapporte ces deux observations.

Anesthésies au penthotal en chirurgie civile. — M. Malgras. — M. L. Bazy insiste sur l'importance de la technique et en particulier sur la quantité à injecter. L'auteur injecte simultanément morphine et penthotal, ce qui prolonge la durée de l'anesthésie.

M. Dubois-Roquebert se montre très favorable à ce procédé d'anesthésie, même pour les opérations de longue durée (gastrectomie).

M. J. Gosset estime qu'il faut faire les injections du penthotal à la demande et rejeter la pratique de l'injection massive d'emblée.

M. Fèvre, sur 316 cas, n'a eu aucun incident.

L'anesthésie chez les blessés shockés — M. Kern. — M. Merle d'Aubigné rapporte ce travail dans lequel l'auteur insiste sur l'intérêt de préciser les conditions dans lesquelles se présente le shocké : anohémie — grosse déperdition de liquide, etc.

Le penthotal doit être toujours associé à l'oxygénothérapie chez le shocké, les doses totales sont très variables suivant les individus.

L'éther-oxygène donne également d'excellentes anesthésies bien supportées par les shockés.

M. Brocq et M. Desplas insistent sur la prudence avec laquelle on doit utiliser toute anesthésie intra-veineuse.

Volumineux enchondrome du fémur ayant nécessité l'amputation de cuisse à la partie moyenne. — M. Rocher.

Séance du 23 janvier 1946

Anesthésie par voie intrasternale. — M. G. Gosset montre l'intérêt et la facilité de cette voie d'introduction des barbituriques (penthotal evipan).

A propos de l'anesthésie penthotal. — M. Braine se déclare très satisfait de l'anesthésie fournie par ce produit.

M. R. Monod insiste sur l'importance de la question de l'anesthésie et estime que l'Académie devrait consacrer une séance annuelle à cette question.

A propos des accidents par anesthésie au penthotal. — M. Kern. — M. Merle d'Aubigné rapporte ce travail basé sur 3.000 observations ; 1 mort. Les accidents peuvent être évités par l'injection préalable de morphine-scopolamine, avoir à sa disposition un appareil d'oxygénothérapie, proscrire toute association avec le chloroforme.

Anesthésie du plexus brachial. — M. S. Blondin utilise l'anesthésie plexique depuis dix ans, mais fait des réserves sur la fréquence de ses indications.

La viscosité sanguine test d'exhémie plasmatique dans les occlusions intestinales. Son utilité dans la conduite du traitement et pour un diagnostic. — MM. Massé et Labarbe. — Rapport de M. Ménegaux qui souligne l'absence de parallélisme entre le taux de la viscosité et la gravité de l'affection.

A propos du traitement des pseudarthroses. — MM. Sarroste et Lacaux. — M. Braine rapporte ce travail basé sur 18 observations assez disparates et traitées par des méthodes très diverses qui ne permet pas des conclusions précises.

Le traitement du pied bot varus équin congénital. — M. Leveuf propose une intervention pour agir sur les pieds bots irréductibles par les manœuvres orthopédiques. Il agit d'abord sur l'arrière-pied puis sur l'avant-pied ensuite. Il insiste sur l'importance de maintenir la réduction obtenue pendant de longs mois.

A propos du traitement du pied bot congénital. — M. Lombard conseille l'infiltration des muscles postérieurs par la novocaïne.

Les kystes parathyroïdiens. — M. Welti en a observé quatre cas ; ces kystes se présentent comme des goitres et le diagnostic ne peut être fait qu'à l'intervention.

Le traitement de la douleur du cancer métastatique du rachis par castration. — M. Sicard rapporte 6 observations de castration chirurgicale ou radiothérapique ; les douleurs cèdent immédiatement dès le réveil et ne réapparaissent plus, même chez les malades ménopausées.

M. Moulonguet rappelle que la castration systématique n'empêche nullement l'apparition des métastases vertébrales.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 décembre 1945

Goitre par transplantation. — MM. Albeaux-Fernet, Pinel, Deribreux, Mme Crepy. — Observation de 11 cas de goitre chez des prisonniers et déportés ayant séjourné dans des régions goitrigènes d'Allemagne. L'alimentation à prédominance de choux, le régime insuffisant, la boisson réduite à l'eau de puits, doivent être retenus étiologiquement et rapportés des constatations expérimentales. M. Perrault rappelle à ce propos la haute teneur des choux en substance antityroïdienne du groupe de la théo-urée et rapporte qu'il a vu apparaître deux goitres après consommation exagérée d'huile de colza.

Bronchectasie en apparence primitive et inflammation péribronchique d'origine ganglionnaire. — MM. Paillard et Galy (Lyon) signalent la fréquence relative de la localisation d'ectasies bronchiques en apparence primitives de l'adulte dans les territoires pulmonaires, siège d'une primo-infection ancienne. Le rôle de l'inflammation ganglionnaire dans la pathogénie des bronchectasies a déjà été signalé par MM. Ameuille et Lemoine.

Séance du 14 décembre 1945

Infection générale grave d'origine dentaire. — M. Gutmann.

Etude anatomo-clinique d'une forme radiologique de la silicose : les images pseudo-tumorales à limite nette. — MM. Martin et Roche (Lyon), se basant sur 60 observations, étudient une forme radiologique spéciale de la silicose, qui met en évidence le rôle capital des phénomènes de rétraction et d'emphysème compensateur, et démontre leur évolution moins rapide que les formes diffuses.

Staphylococcie guérie par la pénicillinothérapie et la sulfamidothérapie iodée. — M. Gaquière (Angoulême).

Séance du 21 décembre 1945

Le secrétaire général donne lecture du rapport annuel et prononce l'éloge funèbre de MM. Abrami, Léon-Kindberg, Sacquépée, Troisier.

Election du Bureau. — M. Halbron est président pour 1946 ; M. Ameuille, vice-président ; M. Laplane, secrétaire annuel ; M. Huber, secrétaire général.

SÉANCE DU 11 JANVIER 1946

Lymphogranulomatose maligne à détermination thoracique, simulant une tumeur maligne du médiastin antérieur. Hippocratisme digital. Diagnostic histologique après exérèse. — MM. MONOD, BARIÉTY, LESOBRE, CHOUBROC. — Observation d'une malade de 31 ans, porteuse d'une opacité arrondie de la région hilaire gauche, chez laquelle le pneumothorax et la pleuroscopie montrèrent un décollement du poumon. Par exérèse on put reconnaître une adénopathie lymphogranulomateuse.

Agranulocytose guérie par la pénicilline. — MM. PERREAU (Angers). — Observation d'une agranulocytose totalement transformée en 48 heures par le traitement de la pénicilline.

Pleurésie purulente tuberculeuse survenue chez une Martiniquaise au décours d'une primo-infection et aboutissant à l'empyème de nécessité. — MM. BARIÉTY, LESOBRE et ALHOMME. — C'est le fait d'une primo-infection suivie après 3 semaines d'une pleurésie droite, puis d'un épisode péritonéal éphémère et plus tard d'une collection suppurée de la région mammaire qui se fistulisa.

Méningite aiguë présumée herpétique consécutive à une ponction sous-occipitale. — MM. WEISMANN-NETTER et LAHAM. — En présence d'un cas semblable, les auteurs évoquent le problème de la méningite herpétique : ils en font l'étude critique et montrent combien, jusqu'ici, l'expérience a été décevante.

Sur un cas de coexistence de sciatique par injection intrafessière d'iodo-bismuthathe de quinine et d'artérite des membres inférieurs. — MM. WEISMANN-NETTER, BOLTANSKI, LAHAM et RUAUD. — Dans ce cas de sciatique ayant été précédée de dermatite-livédoïde évoquant l'atteinte artérielle à la base de l'atteinte nerveuse, la constatation d'une diminution de l'indice oscillométrique pouvait être rattachée, soit à une artérite syphilitique, soit à un réflexe-vaso-constricteur.

Méralgie parasthésique bilatérale, séquelle du typhus exanthématique. — M. R. WEISMANN-NETTER. — Ce fait sur une déportée de Bergen-Belsen peut s'expliquer mieux par une ganglio-radiculite de la 11e paire lombaire que par une névrite du fémoro-cutané.

Résultats obtenus sur 8 malades atteints d'endocardite maligne lente du Jaccoud-Osler, traités par la pénicilline. MM. MARTIN, SUREAU, BERROD, FRIBOURG-BLANC, DUPIN et SEHURR. — Observation de huit malades, traités à l'hôpital Pasteur : huit sont guéris, deux présentent des défaillances cardiaques, un fait une rechute, un est décédé au sixième jour du traitement. Les auteurs estiment qu'un traitement bien conduit doit être sans cesse contrôlé par le Laboratoire, comportant l'étude de la formule sanguine, la vitesse de la sédimentation et les hémocultures en série.

A ce propos, M. DE GENNES souligne la nécessité d'employer de grosses doses de pénicilline.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1946

Considérations sur un cas de spirochétose ictéro-hémorragique mortelle traitée par la pénicilline. — MM. LÉCHELLE et BOULANGER. — Cas très grave traité à partir du septième jour par la pénicilline. Mort le dix-huitième jour. Peut-être traitement trop tardif. Il est cependant douteux qu'un traitement à doses plus élevées ait mieux réussi.

Spirochétose ictéro-hémorragique avec hémorragie méningée et syndrome de la queue de cheval. Effets salutaires du traitement par la pénicilline. — MM. BOULIN, UHRY, KAUFMANN et PIÉRARD. — Observation importante : 1° par une urétrite puriforme et septique ; 2° par une hémorragie méningée ; 3° par un symptôme de la queue de cheval ; 4° par les heureux effets de la pénicilline.

Thrombo-phlébite du sinus caverneux d'origine staphylococcique traitée par la pénicilline. Guérison. — MM. BOQUIEN, BARON, GODARD (Nantes). — Chez le malade, l'opération a permis de constater des fongosités du sinus caverneux, preuve rarement établie de la thrombo-phlébite.

Endocardite aiguë végétante méningococcique. Guérison clinique par la pénicilline. — M. LEMIERRE. — Amélioration incomplète par les sulfamides. Disparition des symptômes après 24 heures de traitement par la pénicilline.

Essai du traitement des suppurations pulmonaires par des instillations endo-bronchiques de pénicilline. — MM. MATTET, RECORDIER, MÉTRAS et BARBE (Marseille). — La pénicilline en traitement général par la voie intra-musculaire sans les instillations a des effets limités, seule la pénicilline en traitement local par la voie endo-bronchique déclenche la guérison rapide des suppurations pulmonaires. Sur 12 malades ainsi traités, il y a eu 7 guérisons complètes.

Hématome sous-dural sans traumatisme direct de la tête. Trépanation. Guérison. — MM. LÉCHELLE, PETIT-DUTAILLIS, et THEVENARD. — Homme de 35 ans après un accident de motocyclette fait un coma après avoir présenté, en 24 heures, une hémiparésie gauche. Par trépanation pariétale droite : résection d'un hématome sous-dural : guérison complète.

A propos d'un cas de distomatose hépatique. — MM. HILLEMAND, VARAY, DEBRAY et Mme DUGUET. — Observation de douve du foie. A souligner l'importance de l'asthénie, le taux élevé de l'éosinophilie, l'apparition d'un épanchement pleural fugace, l'amélioration par l'émétine et les causes de l'infestation due à l'ingestion de cresson et d'abats.

Arthrite purulente de l'épaule à streptocoques greffée sur une périarthrite. Guérison par une injection intra-articulaire de sulfaméthyldiazine. — MM. HILLEMAND et FAULONG. — Chez un bronchitique chronique, à la suite de la sixième infiltration novococaïnique d'une périarthrite de l'épaule, apparaît une tuméfaction contenant du pus à streptocoques. Une injection de sulfaméthyldiazine amène une détente en quelques heures.

Leishmaniose et paludisme à évolution simultanée chez le même sujet. — M. CODOUNIS (Athènes). — Au cours d'une fièvre typhoïde chez un jeune homme de 19 ans, apparition à la suite d'accès fébriles ; l'examen du sang montra l'association de *plasmodium vivax et de Leismania*. Guérison par la quinine et l'uréastibamine.

Fièvre typhoïde atypique due à un bacillle typhique à antigènes dissociés. — MM. LORANDO (Athènes). — Au cours d'une fièvre typhoïde dominée par douleurs articulaires, apparition d'un coccobacille, Gram-négatif. Il s'agissait d'un *salmonella* typhiforme dont l'antigène était très développé.

Anurie par sulfathiazol. Anurie sécrétoire. Blocage tissulaire. Action de la scurocaïne-intra-veineuse. — MM. LANGERON, PAGET et MICHAUX. — Les auteurs insistent sur le mécanisme secrétoire de cette anurie. Ils insistent également sur le traitement sulfamidé et le contrôle biologique : sulfamidemie et rapport sulfamide libre.

Tuberculose généralisée à forme hépato-spléno-ganglionnaire. — M. ORINSTEIN. — Observation dans un camp de prisonniers en Afrique française de cette forme de tuberculose reconnue aussi par Bariéty, Etienne Bernard, Lemierre et Perrault.

Cancer du pancréas avec hémorragies digestives et métastases cutanées multiples chez un ancien pleurétique. — MM. BARIÉTY, LESOBRE et DANZET. — Chez un homme de 55 ans, apparition d'une pleurésie tuberculeuse au cours de laquelle apparurent, avant la mort, des nodules cutanés au nombre d'une centaine. L'autopsie fit découvrir un épithélioma acino-canaliculaire du pancréas confirmant les données de la biopsie.

SÉANCE DU 25 JANVIER 1946

Paralysie du 7e et du 3e au cours d'un tétanos généralisé à porte d'entrée ne siégeant pas à la tête. — MM. DE LAVERGNE et GAMAUD. — Cas de paralysie du 7e et du 3e au cours d'un tétanos consécutif à une plaie du talon. La paralysie dans un cas semblable peut donc succéder à une plaie siégeant ailleurs qu'à la tête.

Variations du taux de l'urée sanguine au cours du tétanos. — MM. DE LAVERGNE ET GUÉRIN démontrent que le taux de l'urée est mobile au cours du tétanos et qu'il est toujours normal au début même s'il doit devenir mortel.

Anémie chronique hypochrome splénomégalique. Intolérance aux transfusions de sang maternel. Guérison spectaculaire par des transfusions du sang d'un donneur professionnel. — MM. CATTAN, CORCOS et COHEN.

Tuberculose trachéo-bronchique isolée. — MM. EVEN, LECOEUR et VERMEIL. — Cas d'un homme de 33 ans présentant de la dyspnée depuis cinq ans avec une radiologie et une bacilloscopie négatives, mais avec du whezing. Il apparut par la broncho-

scopie une tumeur végétante de l'éperon trachéal et la biopsie révéla des lésions tuberculeuses. La mort survint au milieu d'une asphyxie croissante. A l'autopsie : tuberculose ulcéro-végétante des deux bronches.

Dysembryome du médiastin avec syndrome endocrinien spécial. — MM. Brouet, Lefèvre, Triboulet et Bach. — Cas d'un garçon de 15 ans, présentant de la dyspnée d'effort due à une tumeur du médiastin antérieur. La pleuroscopie décela une tumeur blanchâtre, soit un dysembrome suivi d'un syndrome pleurétique avec liquide hémorragique d'un syndrome endocrinien. La réaction d'Aschheim-Zondek était positive. Les auteurs signalent la rareté de ces dysembryomes malins.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 20 janvier 1946

Présentation d'un explorateur pour dérivations précordiales. — — MM. L. Mathieu, G. Granpierre et Mlle E. Hadot.

Les voies de suppléance dans les oblitérations veineuses. — M. Servelle. — La radiographie des veines a permis à Servelle de se rendre compte qu'un grand nombre de phlébites passent inaperçues du médecin comme du malade et ce n'est que quelques années plus tard que ces malades viennent consulter pour des varices, de l'œdème, des ulcérations ou encore, le phénomène de la peau trop courte.

Sur les 100 premières phlébites examinées, on trouve 58 oblitérations fémorales, 22 poplitées, 18 iliaques et 8 aux mollets. Après avoir donné les schémas de ces différentes lésions, l'auteur en présente des radiographies typiques. De ces examens radiographiques, il résulte que les varices essentielles sont exceptionnelles ; il s'agit, le plus souvent, de varices secondaires à une oblitération, ce qui explique le danger des injections sclérosantes, ou des ablations chirurgicales faites à l'aveugle. De même, ce que nous appelons ulcères variqueux dans 80 % des cas ne sont que des ulcérations post-phlébitiques.

Nanisme rénal avec manifestations hypertensives pseudo-tumorales prédominantes. Importantes malformations réno-uretérales. — MM. Soulié, Bouvrain, di Matteo et Chiche. — Tableau de néphrite chronique hypertensive et azotémique chez un enfant de 11 ans, présentant une cécité récente et progressive et, à l'examen du fond d'œil, un énorme œdème papillaire englobant la macula.

A l'autopsie, malformations réno-uretérales très importantes : atrophie rénale bilatérale, surtout marquée à gauche (poids des reins : droit 60 gr., gauche 15 gr.). Le rein gauche est formé de plusieurs cavités, le parenchyme est presque inexistant. L'uretère droit a le diamètre d'un uretère d'adulte. L'uretère gauche est très dilaté et a les dimensions d'un côlon d'enfant. La vessie est dilatée et hypertrophiée.

A l'examen histologique : lésions de néphrite glomérulaire et interstitielle, lésions tubulaires minimes. Fait particulier, pour un enfant de cet âge, athérome artériel diffus portant sur les coronaires, les artérioles rénales, surrénales, spléniques et cérébrales.

A noter l'existence d'une chorio-rétinite pigmentaire congénitale chez cet enfant qui était fils et petit-fils d'achondroplases. Sa grand'mère maternelle avait donné naissance à deux sœurs siamoises.

Thrombose canalisée de l'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral. — MM. P. Soulié et J. Combet. — Les auteurs présentent l'observation d'une jeune femme de 23 ans suivie pour un rétrécissement mitral depuis l'âge de 17 ans. La mort survint en état de cyanose extrême avec dyspnée permanente, expectoration hémoptoïque, épanchements pleuraux récidivants, foie cardiaque, systolique, œdèmes irréductibles. Aucun accident embolique de la grande circulation durant l'évolution subaiguë de l'insuffisance cardiaque.

Autopsie : rétrécissement mitral serré (orifice laissant passer la mine d'un crayon). L'oreillette gauche est entièrement occupée par un caillot de très ancienne date, fortement organisé. Stratification d'aspect blanc laiteux depuis l'endocarde auriculaire, épaissi et nacré jusqu'à l'orifice mitral. Quatre canaux, à parois lisses, ayant le diamètre d'un crayon, traversent le thrombus résistant de l'orifice des veines pulmonaires jusqu'à l'orifice mitral où ils convergent. L'adhérence du caillot aux parois est telle qu'on ne peut le détacher sans déchirer la paroi auriculaire. La circulation dans l'oreillette gauche se réduisait aux quatre canaux et les auteurs font remarquer l'absence d'embolie au cours du long travail anatomique qui aboutit à cette forme très rare de thrombose.

Traumatisme précordial. Rupture postéro-inférieure du septum. Insuffisance cardiaque irréductible. — MM. P. Soulié et P. Chiche. — Traumatisme violent survenu en 1941 chez un malade de 17 ans (ruade d'un cheval en pleine poitrine). Le traumatisme est suivi d'un état comateux avec collapsus, cyanose et installation rapide d'une grande insuffisance cardiaque. L'examen révèle immédiatement après le choc précordial un souffle systolique, médian, avec thrill. Pendant quatre ans, dyspnée, cyanose, hépatomégalie, œdèmes ; inefficacité à peu près complète du traitement toni-cardiaque. En 1945, l'examen décèle le gros souffle systolique médian, ayant les caractéristiques d'une maladie de Roger. ECG : image d'un infarctus du myocarde, du type T2, T3. Dans les derniers mois, accentuation de la cyanose, avec apparition d'un petit souffle diastolique.

Autopsie : cœur volumineux, rupture de la partie postéro-inférieure du septum, visible derrière le pilier antérieur de la mitrale. Taille : 2 cm. de hauteur, 12 mm. de largeur. Les coronaires sont strictement normales et, en particulier, la coronaire droite. Un caillot organisé est adhérent à la lèvre antérieure de l'orifice et s'engage dans la chambre de chasse aortique (explique probablement le souffle diastolique terminal en empêchant la fermeture correcte du plancher sigmoïdien). En arrière et au-dessous de la rupture septale, zone blanc nacré correspondant à un hématome ancien intramyocardique.

L'enregistrement piézographique des courbes de la pression intra-ventriculaire droite. — MM. J. Lenègre et P. Maurice. — Grâce à une sonde cardiaque introduite à l'aide d'un trocard par une veine du pli du coude et réunie à un piézographe (piézographe à condensateur variable), les auteurs ont obtenu des tracés de pression intra-ventriculaire et intra-auriculaire et calculé la pression différentielle dans ces deux cavités. La morphologie des tracés rappelle celle des courbes obtenues chez l'animal.

Des déformations portant sur la systole ou sur la diastole méritent peut-être d'être retenues au cours des cardiopathies.

La pression différentielle ventriculaire chez un sujet normal est de 23 mm. Hg ou 31 cm. d'eau. Ce taux est extrêmement variable au cours des lésions cardiaques : chiffre normal ou à peine élevé dans les atteintes bien tolérées cliniquement, chiffre extrêmement augmenté dans les cardiopathies mal tolérées pouvant atteindre cinq fois le taux de la pression physiologique (115 mm. de Hg). La pression différentielle auriculaire a oscillé entre 6 et 11 mm. Hg.

Un nouveau cas d'hypertension artérielle consécutive à une lésion rénale unilatérale et guérie par néphrectomie. — MM. J. Lenègre et H. Desgeorges. — C'est l'observation d'une femme de 42 ans, atteinte depuis plus de dix ans d'une hypertension artérielle systolo-diastolique qui s'établit, généralement, à 22/12 avec des chiffres extrêmes de 26/14 et de 18/11. Les troubles fonctionnels sont particulièrement gênants. En dépit d'une intégrité relative des fonctions rénales, l'attention est attirée sur les reins par des antécédents d'albuminurie gravidique, de néphrite subaiguë et de pyélonéphrite rebelle. L'urographie descendante, l'uretéro-pyélographie ascendante et la séparation des urines montrent que le rein gauche est fonctionnellement exclu. La néphrectomie gauche fait immédiatement disparaître les troubles fonctionnels et l'hypertension. Deux ans après la guérison paraît définitive et totale, avec une pression artérielle de 13/8. Le rein enlevé est hypoplasique, et scléro-inflammatoire avec de petits îlots de parenchyme indemne. A propos de cette observation qui a la valeur d'un fait expérimental, les auteurs discutent les caractères de l'hypertension artérielle rénale, rare mais indiscutable. Ils essaient d'en dégager les éléments du diagnostic, les indications opératoires et le mécanisme.

Inversion isolée de l'onde T en dérivation précordiale. — MM. J. Lenègre et H. Chevalier. — Les auteurs rapportent 32 observations dans lesquelles était relevée une inversion isolée de l'onde ventriculaire lente T en dérivation précordiale C F 4 selon la dénomination anglo-saxonne. 7 de ces cas concernent les enfants, chez lesquels le caractère physiologique de cette disposition électrique est connu de longue date.

Par contre, 21 observations ont trait à des malades atteints d'une insuffisance coronarienne extériorisée par un syndrome angineux indiscutable, voire même, pour certains d'entre eux, par l'état de mal hyperalgique de l'infarctus myocardique.

Or, chez tous ces coronariens le tracé électrocardiographique était sensiblement normal dans les trois dérivations périphériques usuelles, l'onde T, en particulier, demeurait positive. L'inversion de l'onde T 4 était le seul signe électrique assez décisif pour permettre d'affirmer l'organicité des douleurs.

L'inversion isolée de l'onde T en dérivation C F 4 est haute-

ment pathologique chez l'adulte. Elle est très exceptionnellement observée sur un cœur normal ; les auteurs n'en ont relevé qu'un seul cas.

Et ce fait confirme le grand intérêt diagnostique de l'enregistrement systématique de la dérivation précordiale C F 4.

Kyste dermoïde donnant une image trompeuse du hile. — MM. D. Routier et J. Combet (discussion d'une grosse pulmonaire).

NOTES POUR L'INTERNAT

VEINE JUGULAIRE INTERNE

Tronc collecteur veineux principal de la tête et du cou, la jugulaire interne prend son origine au trou déchiré postérieur, faisant suite au sinus latéral. Après avoir dessiné son *golfe*, plaqué à la base du crâne, le *tronc* de la jugulaire parcourt la gouttière carotidienne sur toute sa hauteur, et rejoint la veine sous-clavière derrière l'articulation sterno-claviculaire, formant le confluent veineux de Pirogoff d'où s'échappe le tronc veineux bracchio-céphalique correspondant.

D'une longueur totale d'environ 14 cm. chez l'adulte, la jugulaire interne possède un calibre de 10 m/m. environ.

Ce calibre est encore renforcé au niveau du golfe, et à la base du cou, formant là le *sinus* de la jugulaire.

Un rétrécissement unique marque sa terminaison. Deux valvules, à concavité dirigée vers le cœur, ne suffisent point à empêcher le reflux du sang venu du tronc bracchio-céphalique. Ceci explique la préquence du pouls veineux jugulaire.

I. — Le golfe de la jugulaire

C'est le segment d'origine, long de 1 cm., largement dilaté, plaqué à la base du crâne, sur la face inférieure et postérieure du rocher dans une cavité lisse, profonde, à concavité dirigée en bas et en avant, la *fosse jugulaire*.

Cette fosse jugulaire se trouve :

— en dedans de la styloïde ;
— en avant du condyle occipital ;
— en arrière du canal carotidien ;
— en dehors du segment postérieur du trou déchiré, le plus large, par où s'échappe le sinus latéral.

Sa projection dans le plan frontal se fait juste au-dessous du conduit auditif.

Le golfe se porte horizontalement de dedans en dehors :

a) *En haut*, il adhère assez intimement au périoste. Il présente là des rapports plus ou moins étroits avec le plancher de la caisse, parfois très mince. Il reçoit des veinules tympaniques ;

b) *En avant*, il reste séparé de la carotide par la crête tympanique, sauf en bas où il déborde le bord antérieur de la fosse jugulaire. Il reçoit la veine carotido-tympanique, issue par l'orifice de Jacobson, et une veinule provenant de l'insignifiant sinus veineux carotidien ;

c) *En arrière*, le golfe répond au canal condylien antérieur, d'où sort le XII. Il reçoit parfois le petit sinus pétro-occipital d'English, qui a longé la gouttière pétro-occipitale exocranienne ;

d) *En dehors*, le golfe reste séparé de l'émergence du VII par la partie supérieure de l'aponévrose stylo-digastrique ;

e) *En dedans*, le golfe s'écarte du trou déchiré. Il reçoit la veine condylienne postérieure, des veinules tympaniques, et son principal affluent, le *sinus pétreux inférieur*. Ce dernier apparaît dans le segment antérieur du trou déchiré, juste en arrière du IX, se porte en arrière, et se jette dans le golfe par un orifice muni d'une valvule, situé sur sa paroi interne à sa partie la plus antérieure.

Le golfe entre là en rapport avec le IX, le X et le XI.

— Le IX donne le nerf de Jacobson, qui plonge dans son orifice, sur la crête tympanique, puis s'écarte en avant de la veine ;

— Le X et le XI passent en arrière du sinus pétreux inférieur, puis descendent tous deux entre jugulaire et carotide. Le X donne son filet auriculaire, qui plonge dans un petit orifice, à la partie externe de la fosse jugulaire, l'ostium introitus.

Conclusion. — Le golfe est un véritable carrefour veineux, le courant sanguin brisé par la crosse du sinus lateral y est ralenti. Il existe des rapports de continuité avec la caisse. Ces éléments favorisent les thromboses.

Le golfe est extrêmement profond, d'un abord très malaisé. C'est en suivant le trajet du sinus latéral, préalablement découvert par trépanation de la mastoïde, qu'on arrive sur lui par la voie de l'opération Grünert-Mouret.

II. — Le tronc de la jugulaire

Elément le plus externe du paquet carotidien, le tronc de la jugulaire croise en X l'axe artériel, représenté en haut par la carotide interne, en bas par la carotide primitive. En haut, la veine est franchement rétro-artérielle. A sa terminaison, elle est bien en avant de la carotide primitive.

Le X se place entre les deux vaisseaux, puis dans l'angle dièdre postérieur.

Une gaine aponévrotique solidarise ces organes. La gaine propre de la jugulaire maintient le vaisseau largement béant. Ceci explique le double danger, en cas de plaie, d'hémorragie et d'embolie gazeuse.

a) *Rapports musculo-aponévrotiques*

Par rapport aux parois de la gouttière carotidienne, les rapports sont les suivants :

1° La jugulaire est loin de la paroi interne, pharyngée ;

2° Elle s'écarte progressivement de la paroi postérieure, prévertébrale, sur laquelle descend obliquement le cordon du sympathique cervical ;

3° Elle est au contact même de la paroi externe, formée superficiellement par le sterno, qu'engaine l'aponévrose cervicale superficielle, et profondément par les muscles digastrique et omo-hyoïdien, qu'engaine l'aponévrose cervicale moyenne, et qui convergent vers la grande corne de l'os hyoïde. Le digastrique est accompagné du stylo--hyoïdien.

b) *Rapports ganglionnaires*

Le trone de la jugulaire sert de support au groupe le plus profond des *ganglions* du cou. Ces rapports ganglionnaires se présentent ainsi :

1° Une chaîne de ganglions sur la face externe de la veine, débutant au-dessous du croisement avec le tendon intermédiaire de l'omo-hyoïdien. Cette chaîne descend très bas, vers le confluent de Pirogoff, les ganglions les plus bas situés sont presque rétro-veineux ;

2° Une chaîne de ganglions sur le bord antérieur, celle-ci beaucoup plus importante. Ce sont les *ganglions jugulo-carotidiens*, efférents principaux du collier ganglionnaire cervical et des cavités de la face qui adhèrent intimement à la gaine de la jugulaire. Ces ganglions se trouvent entre digastrique et omo-hyoïdien, certains d'entre eux peuvent descendre très bas, tout près de la terminaison de la veine. Les deux ou trois ganglions les plus volumineux se trouve au voisinage du bord inférieur du digastrique ;

3° De cet ensemble ganglionnaire part un tronc collecteur, souvent dédoublé, qui accompagne la jugulaire vers le confluent de Pirogoff. Tantôt il s'y jette directement, tantôt il rejoint le collecteur lymphatique principal, grande veine lymphatique du côté droit, crosse du canal thoracique du côté gauche.

Les rapports ganglionnaires de la jugulaire ont une importance majeure. Leur inflammation menace la veine de thrombose. Leur cancérisation exige le sacrifice de la veine, en même temps que celui du sterno. Pour donner des garanties suffisantes, la résection veineuse doit remonter bien au-dessus du bord inférieur du digastrique et doit descendre très bas, à 2 ou 3 cm. au plus du confluent de Pirogoff.

c) *Rapports vasculo-nerveux*

Le détail des rapports vasculo-nerveux demande à être étudié dans trois étages :

1° *Au-dessus du bord inférieur du digastrique.*

La carotide interne est en avant et en dedans de la veine. Elle est enrobée de son sympathique péri-artériel.

Le X présente son ganglion plexiforme.

Le XI se bifurque. Sa branche interne rejoint le pôle supérieur du ganglion plexiforme, sa branche externe se porte en dehors, pour passer sous le bord inférieur du digastrique. Qu'elle soit en variété pré ou rétro-jugulaire, cette branche externe adhère à la fois à la veine et aux ganglions. Le curage ganglionnaire la sacrifie systématiquement.

Le XII, oblique en bas et en avant, croise la face interne de la jugulaire, et s'insinue entre la veine et le X.

Le sympathique cervical présente son ganglion supérieur situé bien en dedans de la jugulaire.

Au niveau du bord inférieur du digastrique, la face externe de la jugulaire est croisée par l'artère occipitale.

2° *Entre digastrique et ono-hyoïdien.*

La jugulaire recouvre la bifurcation carotidienne.

Elle est encadrée par deux filets nerveux, la branche descen-


CRISTALLISÉE
PROGESTERONE
LUTOGYL
Aménorrhées
10 mgrs par jour, pendant 5 jours
Méno-métrorragies
Dysménorrhées
Avortement
Ampoules de 10 et 5 mgrs _ Comprimés de 10 et 5 mgrs
ROUSSEL
LES LABORATOIRES ROUSSEL
LES LABORATOIRES FRANÇAIS DE CHIMIOTHÉRAPIE
89 Rue du Cherche-Midi Paris _ Tél Littré 68-22
36


Vitamine P.P.
Vitamine de protection neuro-cutanéo-muqueuse
nicotamide
specia
RÉGIMES DE RESTRICTIONS
ASTHÉNIES · DYSPEPSIES
SYNDROMES PELLAGREUX FRUSTES
APHTES · GASTRITE · CÔLITE
DÉPRESSION MENTALE
ÉRYTHÈMES SOLAIRES
ENGELURES
PYORRHÉE · SÉBORRHÉE
Traitement adjuvant de la sulfamidothérapie et de la radiothérapie
PRÉSENTATION
flacons de 40 comprimés à 0g05
POSOLOGIE
Dose moyenne 0g30 à 0g60 par jour
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS-8e


MÉDICATION SULFUREUSE
par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses
SULFURYL MONAL
8 Formes
SULFURYL MONAL
1 Pastilles
2 Granulé
Pharyngites - Angines - Affections des voies respiratoires - Grippe - Rhumatisme chronique.
3 Comprimés inhalants
Coryza - Rhinites - Sinusites - Laryngites - Otites - Bronchites chroniques
4 Bain
Dermatoses - Troubles de la Croissance - Rhumatisme - Lymphatisme - Traitement de la Gale.
5 Savon
Toilette des peaux délicates - Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL 6 Gouttes
Coryza - Rhinites - Sinusites - Rhino-pharyngites - Otites.
DERMO-SULFURYL 7 Pommade
Affections de la peau et du cuir chevelu - Eczéma - Acné - Psoriasis - Pityriasis - Gale.
LAXO - SULFURYL 8 Dragées
Constipation habituelle - Insuffisance biliaire - Colites - Hémorroïdes - Colibacillose.
Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS-7e
30, Rue Malesherbes, LYON

dante du XII en dedans, et la branche descendante du plexus cervical en dehors. Ces deux filets forment l'anse de l'hypoglosse, au niveau ou au-dessus de l'omo-hyoïdien.

Elle est croisée en arrière par le cordon du sympathique, qui lui devient externe.

Elle reçoit en avant son principal affluent, le tronc veineux thyro-linguo-facial, dirigé obliquement en bas et en arrière. Elle constitue le bord postérieur du triangle de Guyon-Farabeuf, limité en haut par le XII et dont le tronc T. L. F. forme l'hypoténuse.

3° *Au-dessous de l'omo-hyoïdien.*

La carotide primitive est franchement rétro-veineuse.

En arrière, la jugulaire est croisée transversalement par l'artère thyroïdienne inférieure.

En dehors apparaît le phrénique, plaqué sur le scalène antérieur. La jugulaire est donc un rapport dangereux de la phrénicectomie. En dedans du phrénique monte l'artère vertébrale.

A la partie inférieure de cette région, la jugulaire est entourée par les veines du système jugulaire superficiel, à savoir :

— La jugulaire externe, en dehors, qui rejoint la veine sous-clavière ;

— La jugulaire postérieure, affluent du tronc bracchio-céphalique ;

— La jugulaire antérieure, surtout, qui la précroise presqu'à sa terminaison, pour aller se jeter soit dans la jugulaire externe, soit directement dans la veine sous-clavière.

Du côté gauche, enfin, la jugulaire interne entre en rapport avec la crosse du canal thoracique.

d) *Branches collatérales*

1° Au-dessus du bord inférieur du digastrique, la jugulaire ne reçoit aucune branche importante : quelques veinules musculaires et pharyngiennes.

2° Entre digastrique et omo-hyoïdien, nous avons déjà vu que la jugulaire reçoit par son bord antérieur le trone T. L. F. Ce tronc est volumineux, habituellement court, sa disposition varie avec les individus, il est parfois plexiforme, dans certains cas ses branches constituantes s'abouchent directement dans la jugulaire.

En dedans, la jugulaire reçoit des veines pharyngiennes.

En avant et en dehors, elle reçoit des veinules ganglionnaires, parfois développées, et dont il faut se méfier lorsqu'on fait une biopsie.

3° Au-dessous de l'omo-hyoïdien, la jugulaire reçoit par son bord interne la veine thyroïdienne moyenne, venue transversalement du lobe latéral du corps thyroïde et qui précroise la carotide. Qu'on aborde la carotide, ou que l'on cherche à intervenir sur le lobe latéral, il faut découvrir et couper cette veine entre deux ligatures.

e) *Anastomoses*

Les anastomoses sont extrêmement riches. Elles se font :

— Avec le système de la jugulaire externe, notamment par l'intermédiaire du carrefour veineux intra-parotidien ;

— Avec les branches de la jugulaire interne opposée ;

— Avec les plexus veineux situés sous la base du crâne, plexus ptérygoïdiens en avant, plexus rachidiens dans la région du trou occipital en arrière.

Ces ressources anastomotiques permettent la ligature ou la résection d'une jugulaire sans inconvénients. La ligature bilatérale peut se faire, mais en deux séances assez éloignées pour permettre l'adaptation nécessaire.

f) *Voies d'abord*

a) *Voie classique.* — C'est la voie de Farabeuf. Le sujet étant mis dans la position de ligature de la carotide (tête en extension, cou saillant, tête inclinée sur le côté opposé) on incise sur le bord antérieur du sterno. On coupe et lie au passage la jugulaire externe. On repère et on dégage le bord antérieur du sterno, dont les rapports avec la veine varient suivant que l'aponévrose cervicale superficielle est incisée ou non. En dedans du muscle apparaît la veine, souvent animée de battements tumultueux, on la dénude en veillant à ne pas léser le X et on la lie, en général, au-dessus du tronc T. L. F.

Théoriquement, cette ligature est d'une simplicité extrême : aucun interstice à trouver, aucun muscle à traverser, dissection facile, pas de branches gênantes.

En pratique, une jugulaire thrombosée, ou entourée de ganglions infectés ou tumoraux peut être difficile à trouver.

b) *Ligature haute.* — Pour aborder la jugulaire très haut, on peut se donner du jour en sectionnant le bord inférieur du digastrique, ce qui demande une ligature de l'artère occipitale.

Le jour ainsi obtenu est souvent insuffisant : on est gêné à la fois par la saillie de la mastoïde et par l'angle de la mâchoire. Plutôt que de sectionner le sterno à sa partie haute, on a proposé de détacher la pointe de la mastoïde par un trait de scie, puis de la basculer en arrière avec le sterno, qu'on peut alors récliner en arrière sans léser la branche externe du XI. Il est alors facile de couper verticalement le digastrique sur tout sa hauteur, on reconstitue aisément ce muscle en fin d'opération.

Pour faciliter une hémostase un peu délicate, on a, en outre, la ressource d'un tamponnement préalable du sinus latéral.

c) *Ligature basse.* — La jugulaire est ici profonde, masquée par le sterno. (Elle est d'ailleurs un des dangers de la ténotomie.) Pour la bien dégager, on a proposé de sectionner prudemment le muscle à un travers de doigt de ses attachés claviculaires, ce qui permet de le récliner vers le haut avec ses vaisseaux et nerfs. Certains auteurs élargissent encore cette voie d'abord en coupant la clavicule à son tiers moyen, et en la désarticulant en dedans : la demi-clavicule, attirée en bas par la traction du grand pectoral et du muscle sous-clavier, dégage parfaitement la région du confluent de Pirogoff. Cette méthode n'a que des indications exceptionnelles.

Pierre-Louis Klotz.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES VETERINAIRES

5 *décembre.* — M. Eulliot. — Cornage chronique du cheval par laryngoplégie.

9 *janvier.* — M. Wanlin. — Le briard, chien de berger français, son histoire, sa conformation, son travail, son dressage.

30 *janvier.* — M. Destombes. — Les troubles locomoteurs chez les oiseaux.

M. Leclerc. — Toxicité du ricin. Neutralisation, dégradation.

M. Bruge. — Les tumeurs des glandes anales du chien.

M. Mathé. — Les coliques du cheval.

INTERETS PROFESSIONNELS

Conseil Supérieur des Médecins
60, boulev. de Latour-Maubourg, Paris (7e)

Paris, le 5 février 1946.

Le président du Conseil Supérieur des Médecins,
A M. le Ministre du Travail,

Monsieur le Ministre,

Il est de mon devoir de vous confirmer l'émotion bien légitime causée dans le Corps médical par l'arrêté du 3 janvier 1946, donnant modèle-type de convention pour soins aux assurés sociaux.

Le Conseil Supérieur des Médecins, légalement encore en fonction, ne peut que trouver anormal de n'avoir pas été présent lors des travaux préparatoires, et d'avoir été tenu à l'écart : cela me fait un nouveau devoir de vous adresser cette lettre.

Si ce Conseil est déchargé en principe des questions d'ordre purement matériel, on ne saurait prétendre que ces questions mêmes — et plus particulièrement la convention — n'intéressent pas au plus haut point l'indépendance et la dignité professionnelles dont il est légalement le gardien indiscutable. Les médecins qui exercent une profession d'humanité et de charité y attachent importance. Quant aux malades, qu'ils soient riches ou pauvres, qu'ils soient oui ou non assurés sociaux, notre dévouement leur est acquis à l'avance, mais vous le comprendrez, avec notre assentiment préalable.

D'ailleurs, l'ordonnance du 24 septembre 1945 ne spécifie-t-elle pas la communication de tout contrat aux Conseils de l'Ordre ?

Il est, d'autre part, des situations spéciales qui doivent retenir l'attention. Dans la Seine, par exemple, sur 7.318 médecins, il n'y en a pas plus de 1.500 qui soient syndiqués. Que dire d'une convention engageant tout le Corps médical, et uniquement signée en son nom par un organisme d'une telle insuffisance numérique, alors qu'il existe un Ordre groupant sans aucune exception la totalité des médecins : ceci dit sans vouloir enlever aux organismes syndicaux la moindre de leurs prérogatives. Il y a là cependant quelque chose d'anormal.

A la parution de l'ordonnance du 19 octobre 1945, nous avons eu la surprise de voir créer, au sein même du Conseil national, une section disciplinaire distincte, destinée aux seules assurances sociales et dans cette section médicale ne fait-on pas figurer un « Représentant des Caisses » ? ceci avec le soin manifeste de ne pas laisser la majorité aux représentants qualifiés du Corps médical : l'expérience démontre cependant l'impartialité de nos Conseils disciplinaires. Aurons-nous la même surprise de voir se créer une section disciplinaire spéciale pour les accidents du travail avec un représentant du patronat ou des compagnies d'assurances ? ou une autre pour soins aux anciens militaires ou combattants comprenant un général ?

Nous avons protesté à maintes reprises contre la présence constante à nos Conseils de personnalités étrangères à l'Ordre, encore s'agit-il de médecins et ces médecins n'ont-ils que voix consultative ! Mais la présence obligatoire dans une section disciplinaire d'un membre étranger à l'Ordre et même à la profession, et cela avec voix délibérative, constitue plus encore atteinte à notre indépendance (j'en excepte, cela va de soi, le magistrat et le conseiller juridique, dont l'avis me paraît nécessaire).

***

Ceci vous explique, pour une bonne part, le malaise qui existe chez les médecins et dont vous vous êtes étonné dans la Conférence de presse que vous avez tenue le samedi 2 février et à laquelle nous regrettons de ne pas avoir été convoqués.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

Dr COUTELA.

Caisse de Solidarité du Conseil Supérieur des Médecins

Le Conseil Supérieur des Médecins est heureux de faire part du don généreux de un million destiné aux orphelins du Corps médical, fait par le Conseil départemental de la Seine à la Caisse de solidarité du Conseil Supérieur.

Les dons du Conseil départemental de la Seine s'élèvent jusqu'à présent à 3.500.000 francs, prélevés sur les ressources fournies par le timbre certificat.

Charbon

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins est heureux d'informer le Corps médical, qu'à la suite de démarches pressantes, il vient d'obtenir de la répartition du charbon qu'une deuxième attribution, d'importance égale à celle qui lui a déjà été consentie au début de l'hiver, soit faite aux médecins.

Cette seconde attribution sera en conséquence de 300 kgr. de charbon, ou 6 hectolitres de coke, ou 450 kilogr. de briquettes de lignite.

Les confrères peuvent donc, dès maintenant, retirer leur titre d'approvisionnement au bureau du Charbon de la mairie dont ils dépendent.

CHRONIQUE

La remise d'une épée d'honneur à M. Pasteur-Vallery-Radot membre de l'Académie française

Dimanche dernier, 17 février, à la Maison de la Chimie, les élèves et les amis du professeur Pasteur-Vallery-Radot lui ont remis son épée d'académicien. Ce fut une réunion intime, mais vibrante d'un affectueux enthousiasme. Des discours furent prononcés par M. Georges Lecomte, de l'Académie française, par M. Veau, au nom des amis de M. Pasteur-Vallery-Radot, par M. Milliez, au nom de ses élèves, par M. le Recteur Roussy, au nom de l'Université.

Au moment où nous mettons ce numéro sous presse, a lieu, sous la Coupole de l'Institut, la séance de réception à l'Académie française de M. Pasteur-Vallery-Radot. C'est M. Georges Duhamel qui répond au récipiendaire.

Les nécessités du tirage nous forcent à remettre au prochain numéro le compte rendu de cette cérémonie.

L.

La prévention et le traitement des maladies vénériennes dans l'armée américaine

Le 15 février, au ministère de l'Information, le médecin général Wile, professeur à l'Université de Michigan, chef consultant du service de dermatologie-syphiligraphie de l'armée américaine, a fait un bref exposé des mesures prises tant aux Etats-Unis à l'égard de la population civile, qu'aux armées pour la prévention et le traitement des maladies vénériennes.

Il s'agissait, en effet, de prévenir l'explosion d'affections vénériennes qu'il fallait prévoir pour la guerre et l'après-guerre, du fait des grandes concentrations industrielles et des séparations familiales.

Dès le début ont été installés, à portée de tous les centres militaires et industriels, 62 hôpitaux spécialisés ; l'examen médical d'incorporation s'est appliqué au dépistage clinique et sérologique systématique. 67.000 lits ont été ainsi préparés pour l'hospitalisation et un hôpital important a été ouvert dès le début à Liverpool.

Les enquêtes sanitaires et policières dans les milieux contaminés ont été conduites simultanément, mais c'est seulement au bout de deux mois qu'ont commencé les hospitalisations nécessaires.

Les traitements ont d'abord été pratiqués par les moyens classiques, arsenic et bismuth d'une part, sulfamides d'autre part, avec posologie renforcée dans l'espoir de guérisons rapides. Au bout de deux ans a été mis en œuvre le traitement par la pénicilline, qui a permis, moyennant une technique appropriée, d'obtenir des ré-

sultats en 2 jours pour la blennorragie, en 10 jours pour la syphilis. A l'heure actuelle, 80 % des sujets traités semblent guéris, même après un délai de deux ans ; 20 % environ de récidives ont été constatées, mais il faut compter avec les réinfections ultérieures. Le point faible est encore l'insuffisance en pénicilline par rapport aux besoins. Ce qui n'a pas empêché les Etats-Unis de fournir à la France 100 millions d'unités du médicament.

Les résultats généraux semblent bons puisque l'accoutumance habituelle avec les sulfamides ne semble pas se produire avec la pénicilline et que le taux moyen vénéréologique dans la population est resté ce qu'il était avant-guerre (4 pour 1.000). Il faut cependant compter encore avec l'influence de la démobilisation.

La résistance au traitement dépend plus du terrain que de la pénicilline.

Cinq ou six ans sont encore nécessaires pour formuler une appréciation définitive et disposer d'assez de pénicilline. Mais il faut tabler pour l'avenir sur la nécessité d'hospitaliser les malades pour obtenir le succès des traitements rapides par antibiotiques.

R. L.

LIVRES NOUVEAUX

Le préventorium. Indications et technique, par Pierre-H. Anglade. Préface du professeur Emile Sergent. Un volume in-8 de 80 pages, 36 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Comme le dit le professeur E. Sergent dans la préface de cet ouvrage, il faut féliciter l'auteur d'avoir si « justement mis au point une si importante question ».

Ce travail est plus que jamais d'actualité et vient à son heure. L'auteur y développe une doctrine préventoriale qui est le fruit de son expérience et de phtisiologue et de pédiatre. Cette doctrine est neuve et synthétisée dans un type d'établissement de cure très complètement décrit. Après avoir précisé les données du problème l'auteur définit le préventorium-type, étudie les indications cliniques de la cure-préventoriale et la technique de celle-ci qui si elle est avant tout d'ordre médical ne doit pas être seulement médicale mais aussi éducative. Il importe que les enfants en cure reçoivent un enseignement et une éducation adaptés à leurs possibilités physiques. L'auteur montre comment ces éléments éducatifs sont compatibles avec le traitement en préventorium, et nécessaires.

Ce travail d'une parfaite clarté s'adresse à tous ceux qui s'occupent, de près ou de loin, de l'enfance déficiente.

La Fièvre jaune. Diagnostic différentiel clinique et histopathologique. Hépatite amarile, par J. Bablet. Un vol. gd in-8° de 70 pages, avec 10 figures. Prix : 190 fr. Editions Médicales Flammarion, Paris, 1945.

La Syphilis occulte, par G. Milian, membre de l'Académie de médecine, deuxième édition. Un vol. gd in-8° de 182 pages, avec 12 fig. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1946.

La Pénicilline à la portée des praticiens et son emploi dans le traitement des maladies vénériennes, par le Dr Jean Monnier, médecin major des forces navales françaises en Grande-Bretagne, avec une préface de Sir Alexander Fleming, professeur à l'Université d'Oxford. Un vol. in-8° de 146 pages, avec 26 figures. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1946.

Les Septicémies à staphylocoques, par M. Bariéty et H. Brocard. Collection des Actualités cliniques. Un vol. in-8° de 252 pages. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1945.

Manuel de lutte contre le péril vénérien, par André et Mme J. Cavaillon, préface de M. le Professeur Gougerot et du R. P. Riquet. Deuxième édition revue et complétée, éditée par la Société Française de Prophylaxie sanitaire et morale. 25, boulevard Saint-Jacques, Paris, 1945.

Le Jardinier des hommes, par le Dr A. Vincent. Un vol. in-8° de 193 pages. (Les collections Esprit, la Cité prochaine.) Aux Editions du Seuil, 27, rue Jacob, Paris (6e), 1945.

La Protection alimentaire des écoliers, par le Dr Jean Sutter. Publication de la Fondation française pour l'étude des problèmes humains. Un vol. broché in-8° de 172 pages, prix : 150 fr. Librairie de Médicis, 3, rue de Médicis, Paris (6e), 1945.

Hygiène des institutions de plein air, par H. Cambessédès et J. Boyer, préface du Dr Armand-Delille. Un vol. in-8° de 172 pages avec figures. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1946.

Médecine d'hier et de demain, par le Dr A. Molinier. Un vol. in-8° de 118 pages. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1946.

L'Infirmière hospitalière, guide théorique et pratique de l'Ecole Florence Nightingale de Bordeaux. Tome I. Médecine. Préface du professeur Pierre Mauriac. Un vol. in-8° de 303 pages avec figures. J.-B. Baillière et fils, éditeurs, Paris, 1946.

L'Année médicale pratique, XXIV année, édition 1945, publiée sous la direction de C. Lian, professeur de clinique médicale, médecin de l'hôpital Tenon, un vol. in-16 couronne, 500 pages. Edit. Lépine. Prix : 177 francs.

L'Epopée des Lucs et les Saints Innocents de la Vendée, par Gaëtan Bernoville. Format 20 x 14, 240 pages, illustré, broché, 85 francs. Editions F. Lanore, 48, rue d'Assas, Paris.

Le professeur Maurice Villaret
(1877-1946)

La mort frappe durement le corps professoral parisien. Peu de jours après la disparition si brusque du professeur Fiessinger, voici que Maurice Villaret, après deux mois de maladie, est enlevé à son tour. Avec lui disparaît un maître dont la carrière, exceptionnellement brillante, promettait beaucoup encore.

Maurice Villaret était né le 7 décembre 1877. Il appartenait à une famille médicale qui se continue, maintenant, par son fils. Au début de mes études, j'avais eu pour camarades, chez Ricard, Maurice Villaret et son frère Georges, disparu il y a deux ans. Dans la suite, Maurice Villaret était devenu le beau-frère de mon vieil ami le professeur Nobécourt, et ce fut une raison de plus pour fortifier une amitié qui n'a jamais faibli. On comprendra avec quelle tristesse j'écris, aujourd'hui, ces lignes.

Dès son externat, Maurice Villaret devint le disciple du professeur Bouchard qui eut un grande influence sur ses travaux et son avenir. Interne provisoire en 1901, interne titulaire en 1902 dans la promotion de Camus, de Chiray, de Roussy, les maîtres de Villaret sont : Bourneville, le professeur Guyon, Babinski, enfin le professeur Gilbert, dont pendant quinze ans, il reste le fidèle assistant à l'Hôtel-Dieu.

En 1913, il arrive premier à l'agrégation de médecine. En 1919, à son premier concours, il est nommé médecin des hôpitaux.

Les dons de précision, de clarté et d'élégance de Villaret, lui avaient servi merveilleusement pour les concours. Ils lui assurèrent un grand succès dans son enseignement, à l'Hôtel-Dieu, d'abord, puis à la Faculté où, en 1927, il vient occuper la chaire d'hydrologie.

C'est alors qu'avec Justin Bezançon, il inaugure l'hydrologie expérimentale. Il n'abandonne pas, cependant, l'étude pratique de l'hydrologie et, aux côtés de Paul Carnot, il continue la grande tradition des voyages aux Eaux minérales. Il préside encore, avec une autorité toujours accrue, les congrès d'hydrologie de Lisbonne, Evian, Vichy, Châtel-Guyon.

A la retraite de Sergent, en 1937, il prend, à Broussais, la chaire de clinique propédeutique. L'Académie venait de l'élire en 1935 membre titulaire en remplacement de Jeanselme et il avait retrouvé dans la section de médecine son beau-frère Nobécourt qui siégeait depuis 1923.

L'œuvre de Villaret est considérable. Ses travaux portent sur les sujets les plus variés. Depuis sa thèse sur la circulation porte, il avait, avec Gilbert, pris part à de très nombreuses recherches sur l'appareil circulatoire, le foie, les voies biliaires, le pancréas et le tube digestif, le système nerveux et les méninges. En hydrologie on lui doit une collection de précis de thérapeutique hydrologique qui obtint un grand succès. D'autres sujets l'attirèrent aussi : les malades de l'appareil respiratoire, les infections et intoxications, les glandes endocrines, l'appareil urinaire, la dermatologie et enfin l'histoire de la médecine.

Dans tous ces travaux se montrent l'esprit méthodique qui était la qualité dominante de Villaret et qui fut une des raisons du succès durable de son enseignement.

Bien tristement, nous prions Mme Villaret et ses fils, d'agréer l'expression de notre sympathie très profonde.

F. L. S.

Le professeur Georges Dumas
(1866-1946)

C'était une très puissante et attachante personnalité que celle de Georges Dumas, l'éminent philosophe qui vient de disparaître. Professeur à la Faculté des Lettres de Paris, agrégé de philosophie, docteur ès lettres, docteur en médecine, Georges Dumas occupait une place considérable non seulement à la Sorbonne, à l'Institut, à l'Académie de médecine et dans tous les milieux scientifiques et intellectuels de notre pays, mais aussi hors de France. Il fut, en effet, un des meilleurs agents du rayonnement de la pensée française.

Descendant d'une vieille famille protestante des Cévennes, fils d'un médecin estimé, Dumas était né en 1866, à Lédignan, près d'Alès, dans le Gard. C'est là, dans sa maison natale, qu'il est mort, le 12 février dernier.

Georges Dumas avait fait ses études secondaires au lycée de Nîmes, puis à Louis-le-Grand avant d'être reçu à l'Ecole Normale (Lettres). Agrégé de philosophie, il fut d'abord professeur au collège Chaptal. Puis il considère que l'étude de la physiologie doit être le complément de la psychologie et il fait sa médecine. Il est chef du laboratoire de psychologie pathologique à la clinique des maladies mentales de la Faculté de médecine. Chargé du cours de psychologie expérimentale à la Sorbonne, il est nommé, en 1913, professeur à la Faculté des Lettres.

En 1926, il avait été élu membre de l'Académie de médecine, enfin il était membre de l'Académie des Sciences morales et politiques et commandeur de la Légion d'honneur.

Georges Dumas a publié de nombreux et très importants ouvrages de philosophie, de psychologie normale et pathologique qui ont eu un grand retentissement.

Sa renommée était telle, qu'en 1908, la Société de psychiatrie de Rio-de-Janeiro l'invita à venir faire des conférences qui eurent un immense succès. Il fit, dans la suite, plusieurs longs séjours au Brésil, visitant tout le pays, les belles institutions scientifiques brésiliennes, les écoles françaises tenues par des religieux qu'il encouragea avec une grande largeur d'esprit. Le Brésil le considérait comme l'un des siens et ce souvenir honore singulièrement celui qui en fut l'objet comme le pays qui l'adopta.

Après la guerre de 1914-1918, M. Justin Godard, alors ministre, lui demanda de repartir pour accomplir de nouvelles missions au Brésil, dans l'Argentine, au Chili et au Mexique. Chacun de ses voyages fut un nouveau succès pour la France.

Nous garderons un souvenir plein de respect pour ce maître si droit, si parfaitement équilibré, qui fut un très grand savant mais resta toujours un homme simple, bienveillant et accueillant pour les jeunes.

F. L. S.



Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : E. Le Sourd.

N° 6. — 15 MARS 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, **150 fr.** Etudiants, **75 fr.** ; Etranger, **225** et **270 fr.** *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours des prix de l'Internat. — Le concours de MÉDECINE s'ouvrira le 3 juin 1946. Inscriptions au bureau du Service de Santé, 3, avenue Victoria, tous les jours (samedis et fêtes exceptés), de 15 à 17 heures du 3 avril au 17 avril inclusivement, dernier délai pour le dépôt du mémoire.

Le concours de CHIRURGIE et d'ACCOUCHEMENT s'ouvrira le 6 juin 1946. Inscription comme ci-dessus du 3 avril au 17 avril inclusivement, dernier délai pour le dépôt du mémoire.

Concours de l'externat (remplacement). — Liste des candidats reçus :

MM. Bitker, Pariente, Lesselrot, Lévy (Pierre), Séneze, Pecker, Levitan. Sultan, Serfati, Sabatier.

Cohen, Benda, Mikol, Weill, Chrétien, Mlle Bouton, Finkelstein, Costalat, Sebaouin, Durand.

Mlle Lévy (Jacqueline), Chalon, Françon, Funck, Laporte, Marcovich, Brizard, Pouliquen, Lévy (Pierre-Ulrich), Lévy (Roger).

Lévy-Valensi, Chaouat, Danon, Chimenès, Chouraqui, Aumaître, Uzzan, Job, Simon, Truchetet.

Mlle Lyon, Schwarzman, Mazaltov, Rudich, Aboulker, Perquem, Sadoun, Israël, Moraine, Kachouk.

Zissmann, Bamberger, Lévy (Claude), Lyon (Gilles), Sterboul, Cabassus, Salomon, Ben Chemoul, Perraud, Métaut.

Le Bozec, Nahum, Gol-Halphen, Goldstein, Mlle Dodart, Thomas, Crussol, Verrier, Nahum (Sarou), Touati.

Troksbetriger, Illouz, Glaser, Moïes, Bouverne, Costil, Alexandre, Schwartz, Feldmann, Poujol.

Shick, Finkelstein, Bonhomme, Chuisano, Woringer, Lecouturier, Blotnick, Dupuis, Hyteau, Jeannin.

Vergoz, Ferdman, Coronel, Wiel, Morillot, Godchot, Schmitt, Bertin, Wolff, Naouri.

Le Mével, Abbatucci, Oizerovici, Weisengang, Houze, Mlle Kahn, Castel, Robin, Mlle Lewyre, Stoll.

Grinsberg, Klotz, Benoist, de Rivière, Petel, Pheline, Steimle, Habatou, Parnaud, Chenderovitch.

Seban, Devemy, Haudeville, Melki, Le Bail, Vivien, Bordessoule, Duranteau, Bentzmann, Polack.

Nataf, Bonodau, Bentz, Lévy (Claude), Mrozowicz, Klein, Dansygier, Duranteau (André), Schefer, Oulié.

Decremps, Ovazze, Mme Roberti, Cohen (Bacri), David (André), Colonna, Lidvac, Lissitzky, de Séguindes Hons, Kaminzer.

Rosinger, Chardin, Guénard, Ennouchi, Burtin, Bosquet, Lepoivre, Springer, Léger (Valentin), Aronovicz.

Roth, Valleton, Vaille, Adda, Rixe, Gaches, Lattes, Guillard, Mlle Hatzfeld, Bergot.

Pye, Nora, Pistachalsky, Sance, Reverdito, Delbet, Trémoulet.

Concours de l'internat de remplacement des hôpitaux de la région sanitaire de Paris. — Mardi 5 mars 1946. ANATOMIE. — Question sortie : 4° Artère poplitée et ses branches collatérales.

Questions restées dans l'urne :

1° Anatomie macroscopique et rapports de la glande sous-maxillaire avec histologie et physiologie ;

2° Anatomie et physiologie du nerf grand hypoglosse ;

3° Anatomie descriptive du muscle diaphragme, avec sa physiologie, sans les rapports ;

5° Anatomie descriptive de l'articulation tibio-tarsienne, sans les rapports ni la physiologie ;

6° Muscle sterno-cléido-mastoïdien sans la physiologie ;

7° Uretère pelvien chez la femme, sans histologie ni physiologie ;

8° Voies biliaires extra-hépatiques, sans histologie ni physiologie ;

9° Rapports du rein gauche.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE (7 mars 1946)

Question sortie : 7° Signes, diagnostic et complications des plaies pénétrantes pleuro-pulmonaires.

Questions restées dans l'urne :

1° Signes, diagnostic et indications thérapeutiques du cancer du col de l'utérus.

2° Diagnostic des lésions viscérales dans les contusions de l'abdomen.

3° Crise aiguë d'appendicite. Signes, diagnostic et indications thérapeutiques.

4° Signes et diagnostic du cancer de l'ampoule rectale.

5° Diagnostic des traumatismes de l'épaule.

6° Signes et diagnostic de la tuberculose épididymaire.

8° Signes, diagnostic et traitement de la fracture de Dupuytren.

9° Complications des fractures ouvertes de jambe.

A la mémoire du Dr Jacques Arnaud. — En souvenir du Dr Jacques Arnaud, fusillé par les Allemands le 9 juillet 1944, ses amis se sont réunis le 9 mars à l'hôpital Laënnec, où son nom a été donné à une salle de malades.

Hôpitaux de Tunisie. — Des concours pour : 1° un poste de médecin chef de service de radiologie à l'hôpital régional de Sousse ; 2° deux postes de médecin chef de service d'ophtalmologie des hôpitaux de Tunisie (hôpital de la Libération, à Tunis, et hôpital régional, à Sousse) ; 3° un poste de médecin chef de service de stomatologie à l'hôpital Sadiki, à Tunis, seront ouverts, à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 avril 1946.

Faire parvenir les dossiers au Ministère des Affaires Sociales, à Tunis (Direction de l'Assistance et de la Santé publiques), avant le 25 mars 1946.

Faculté de Médecine de Paris

Vacance de chaire. — La chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale de la Faculté de Médecine de l'Université de Paris a été déclarée vacante. (1er mars 1946).

Adjuvat et Prosectorat

Un Concours de remplacement pour l'Adjuvat s'ouvrira le mardi 19 mars 1946, à 13 heures.

Ce Concours est réservé aux aides d'anatomie bénévoles ayant été mobilisés ou qui, du fait des lois raciales, n'avaient pu participer au Concours précédent. Nombre de place mise au concours : une.

Les candidats pourront s'inscrire au Secrétariat de la Faculté jusqu'au 15 mars à 17 heures (bureau du Secrétaire-adjoint).

Un Concours de remplacement pour le Prosectorat s'ouvrira le lundi 18 mars 1946, à 13 heures.

Ce Concours est réservé aux aides d'anatomie ayant été mobilisés ou qui, du fait des lois raciales, n'avaient pu participer au concours précédent. Nombre de place mise au concours : une.

Les candidats pourront s'inscrire au Secrétariat de la Faculté jusqu'au 14 mars, à 17 heures (bureau du Secrétaire-adjoint).

Stage. — MM. les Etudiants de 6e année sont informés qu'ils peuvent s'inscrire en vue du stage du 2e semestre à la clinique chirurgicale Cochin pour être attachés à une consultation mixte, de Gastro-entérologie : deux jours par semaine, Dr Ch. Jacquelin, et Gynécologie : trois jours par semaine, Dr Béclère.

Collège de France. — M. Faral, administrateur, est renouvelé pour trois ans dans ses fonctions. M. André Mayer, professeur, est nommé pour trois ans vice-président de l'Assemblée des Professeurs du Collège de France.

Légion d'honneur

Commandeur. — M. le Professeur Robert Debré, membre de l'Académie de Médecine et le chef de la résistance médicale.

Officier. — M. le Dr Henri Le Rasle, M. le Dr Wibaux, directeur de l'hygiène publique au Ministère de la Santé publique.

Chevalier. — M. le Dr Aujaleu, directeur de l'hygiène sociale au Ministère de la Santé publique.

M. le Dr Delafontaine (de Saint-Denis), M. le professeur Hollande (de Montpellier) ; M. Lecomte, secrétaire général de l'Assistance publique ; MM. les Drs Mauric et Monsaingeon (de Paris) ; M. Pillon, chirurgien-dentiste, à Saint-Maurice ; Mme Roy, veuve du professeur Jean Roy, mort pour la France ; M. Tournon, sous-directeur au Ministère de la Santé Publique ; Mme Violet, née Henriette Hudault, présidente de la Fédération des Associations pour l'Aide aux Mères de famille.

Académie de Médecine. — Dans sa séance du 12 mars, M. Le Lorier a été élu membre titulaire dans la section de chirurgie et accouchements.

Santé Publique

Concours spéciaux de médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux. — La commission nationale prévue par l'arrêté du 7 décembre 1945, relatif aux concours spéciaux de médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux est ainsi constituée :

MM. le professeur Desoille (Paris) ; le professeur Gernez-Rieux (Lille) ; le professeur de Vernejoul (Marseille) ; le Dr H. Descomps (Paris) ; le Dr Plichet (Paris).

Médecins phtisiologues des services publics. — Le « J. O. » du 24 février publie la liste des praticiens admis, après concours, à figurer sur la liste des médecins phtisiologues des services publics :

1° Section tuberculose pulmonaire :

MM. I. Delord, Carraud, Routier, Mousset, Charitte, Dupré, Giron, Guénon, Seillniger, Berland.

MM. Jolles, Pechdo, Cazenave, Lefèvre, Mercier, Stribnal, Raton, Dusseau, Ulmann, de Logivière.

MM. Perves, Lechevallier, Mayet, Hervé, Beauchard et Baron.

2° Section tuberculose chirurgicale :

Mlle Fossier.

Union fédérative nationale des Médecins de réserve. — A la suite du succès des journées médico-militaires des 26 et 27 janvier 1946, il a été décidé une nouvelle conférence qui aura lieu au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le samedi 6 avril, à 21 heures. Le sujet en sera : Le service de santé de la division blindée.

Rappelons que les adhésions des officiers de réserve (100 fr.) et des étudiants (30 fr.), sont reçues au siège social de l'U. F. N. M. R., 58, rue Chardon-Lagache, Paris (16e arrondissement).

L'inscription donne droit à la réception du bulletin.

Journée médico-chirurgicale de Saint-Germain-en-Laye

Le 24 mars aura lieu, à Saint-Germain-en-Laye, sous la présidence du Dr Larget, une journée médico-chirurgicale organisée par la « Société Médico-Chirurgicale des Hôpitaux libres » et « l'Enseignement des Hôpitaux libres ».

S'inscrire auprès du Dr J.-A. Huet, 1, place d'Iéna, à Paris (16e), et auprès du Dr J. Courtois, 1, rue Racine, à Saint-Germain-en-Laye.

(Voir suite des informations, p. 129)

Renseignements

Chirurgien disp. capitaux cherche interne hôp. chir. gén., sérieuses références, pour association, achat ou création clinique. Ecrire bureaux du journal. N° 125.



OXYURYL
VIOLET DE GENTIANE



Egic

LES TROIS ASPECTS DE LA PERSONNALITÉ HUMAINE EN MEDECINE

Par M. Jean Vague

Chargé de cours à la Faculté de Médecine de Marseille
Médecin des hôpitaux

Si la multiplication des techniques et partant des spécialisations médicales est, de toute évidence, la formule nécessaire de l'avenir, il importe quelquefois, pour la clarté des idées, de fixer les rapports qui unissent les divers aspects du sujet normal et malade. C'est là, du reste, avant tout, une question de méthode et de terminologie, les discussions stériles qui se basent sur des oppositions de termes comme « mental » et « organique », « psychologique » et « biologique », « fonctionnel » et « lésionnel » en fournissent trop fréquemment la preuve.

Dans cet ordre d'idées, plus qu'ailleurs encore, on se devra de séparer la métaphysique de la science, et dans les limites de cette dernière, de bannir tout animisme. L'observation des faits montre qu'il n'existe pas de limite franche entre l'inanimé et le vivant, que la matière et les forces qui s'y exercent sont le siège de transformations incessantes plus ou moins rapides, que la vie n'est qu'un des aspects, seulement plus complexes que les autres, de la matière en transformation dont elle subit les mêmes lois générales.

De même qu'il n'existe pas de démarcation absolue entre l'inanimé et le vivant, il ne peut en exister, à la fois dans le temps et dans l'espace, entre les divers groupes vivants, et notamment entre les divers degrés de développement intellectuel des êtres supérieurs. Depuis les premières réactions de la matière vivante jusqu'aux œuvres du génie humain, nous assistons a un perfectionnement continu des réactions vitales et de leurs résonances affectives et intellectuelles qui tendent à différencier les divers groupes d'abord, l'individu ensuite. Mais ces phénomènes sont des expressions mêmes de la vie, tout simplement, pressenties chez l'infusoire, ébauchées par les vertébrés inférieurs, balbutiées par le mammifère, achevées chez l'homme primitif, éloquentes chez l'homme cultivé, et par définition surhumaines chez le génie.

Si donc nous prenons comme point de départ que la vie est aux yeux de la science, une des formes les plus complexes des transformations de la matière, qu'elle obéit par suite au même déterminisme, que de la réaction de l'acide chlorhydrique sur la soude aux plus parfaites des spéculations métaphysiques, des découvertes scientifiques et des expressions du cœur humain, se situent les différentes phases de plus en plus complexes d'un même phénomène élémentaire, beaucoup de faux problèmes, de terminologies équivoques disparaissent aussitôt.

La médecine étant, dans des limites indéfiniment extensibles, l'application pratique de notre connaissance de l'homme, doit s'appuyer sur des principes de cet ordre, sous peine de confusion et de fausses routes.

Comme tous les êtres vivants, l'être humain est fait d'un certain aspect de la matière qui, réagissant à tout instant, se modifie sans cesse ; cependant ces modifications presque entièrement mais non totalement réversibles, sont suivies d'un retour presque total mais non complet à l'aspect initial, au point que des restes ainsi accumulés des réactions de chaque instant s'élabore peu à peu notre personnalité mouvante.

Cet aspect de la matière humaine, c'est sa *morphologie*, terme qu'il faut entendre dans son sens le plus large ; ses réactions incessantes constituent la *physio-psychologie*. Ce qui reste à tout instant de ces réactions vitales, c'est la *morpho-physio-psychogénèse*, la trajectoire continue que nous coupons arbitrairement à certains stades de la vie.

L'activité dont la forme humaine est le siège, la physio-psychologie peut-elle se scinder en deux aspects différents, la physiologie et la psychologie ? Cl. Bernard le niait déjà. Les définitions de l'une et de l'autre sont multiples et contradictoires, et les idées sur ce sujet, une fois approfondies, se montrent le plus souvent, obscures. Science de la nature, de l'activité vitale, la physiologie classique, après avoir été entièrement distincte des sciences physiques ne s'est développée qu'en fusionnant avec ces dernières. Parasitée par le même dualisme dont elle se défait avec peine, la psychologie, science de l'activité mentale que nous sentons en nous-mêmes, n'a pas cessé de piétiner. Les partisans trop exclusifs de l'introspection, retombent facilement dans l'opposition stérile en matière de science, de l'âme et du corps. Les behavioristes, s'ils sont certainement dans le vrai en proclamant la supériorité de l'étude objective du comportement et en posant en principe que toute activité mentale est calquée sur le schéma du réflexe inné ou conditionné, se limitent malheureusement trop à l'étude des stimuli et des réponses extérieures, et ont le tort de négliger ce couronnement même de la vie qu'est la conscience.

En théorie, la psychologie, si on veut lui conserver son nom, que Watson, logique avec lui-même, a supprimé, et son étymologie, est bien l'étude des faits de conscience ; le comportement, lui, correspond à la physiologie classique, ce qui n'enlève rien à l'intérêt, ni même à la priorité de son étude. En fait, au point où en sont les discussions, il n'est plus possible d'admettre la séparation classique de la physiologie et de la psychologie, respectivement science des fonctions « organiques » et « tissulaires » et science des « faits psychiques ». Il y aurait à ce point de vue une physiologie de la colère et une psychologie de la sécrétion gastrique. Aujourd'hui, la physiologie comme la psychologie étudient les réactions initiales, intermédiaires et finales, consécutives à l'action d'un stimulus externe ou interne (et la conscience, n'en déplaise aux behavioristes, est une des expressions accessibles et non négligeables de ces réactions). Par suite, ni leur méthode ni leur objet ne séparent ces deux sciences. En pratique, toutefois, les réactions élémentaires, limitées, dont on néglige le reflet sur l'ensemble de l'individu et notamment sur le comportement général et la conscience, appartiennent à la physiologie normale ou pathologique ; les réactions complexes, envisagées sur la totalité de l'individu et spécialement sous l'angle du comportement et de la conscience, appartiennent à la psychologie. Les deux aspects, bien que se chevauchant et inconcevables l'un sans l'autre, restent distincts au moins dans leur étude.

I. Comment sont reliés entre eux les différents aspects de la personnalité humaine

Les rapports qui unissent ces aspects se situent d'emblée sur deux plans, un plan statique et un plan vectoriel ou chronologique.

1° *Rapports statiques.*

Il convient d'étudier séparément les rapports entre les différents éléments d'un même aspect et ceux qui unissent entre eux chacun de ces aspects.

a) *Entre les différents éléments d'un même aspect.*

Si nous comparons les dimensions de la tête à celles du thorax ou des membres, la capacité circulatoire à la capacité digestive ou musculaire, l'habileté manuelle à l'éloquence ou à la pratique du raisonnement et de l'abstraction, les grandes différences individuelles que nous observons ne s'inscrivent pas en désordre.

La valeur métrique de chaque caractère étudiée dans sa fréquence dessine une courbe qui, si le groupe est homogène, est une parabole symétrique. Le sommet de cette courbe correspondant à la plus grande fréquence, représente la valeur métrique moyenne ou dominante de ce caractère dont les autres s'éloignent plus ou moins.

Rassemblant les valeurs moyennes de la plupart des caractères morphologiques extérieurs, Quételet avait créé la notion abstraite de l'*homme moyen*, c'est-à-dire de l'homme dont toutes les proportions correspondraient à celles qui s'observent ailleurs et séparément avec la plus grande fréquence. Or, il se trouve que les proportions de l'homme moyen de Quételet se superposent avec une exactitude quasi parfaite, dans les mesures de Viola, avec celles du canon classique de la grande époque grecque. La forme humaine idéale, celle qui détermine chez l'homme civilisé la résonance esthétique de l'ordre et de la mesure, est donc faite de l'ensemble des formes les plus communes. Et nul doute qu'il en soit de même pour les caractères physio-psychologiques.

C'est donc en situant la valeur métrique de tel ou tel caractère par rapport à sa valeur moyenne, que nous pouvons juger de son écart avec l'homme moyen, idéal du canon classique.

Si alors nous étudions, non plus un seul caractère mais l'ensemble de l'aspect morphologique ou de l'activité physiologique ou psychologique, nous pouvons en situant chacune de ces valeurs par rapport à la ligne droite représentée par les valeurs moyennes, dresser le *profil graphique* (Niceforo, Laugier) de ces caractères, et nous rendre compte :

α) Soit de leur éloignement plus ou moins grand mais proportionnel de la ligne droite représentée par le profil de l'homme moyen ; l'aspect morpho-physio-psychologique sera éloigné de la moyenne mais harmonieux ; c'est le cas du sujet entièrement longiligne ou entièrement bréviligne, d'une capacité digestive faible ou forte, mais proportionnée à la capacité respiratoire, circulatoire ou musculaire, d'une faculté d'adaptation intellectuelle, manuelle ou verbale, d'une réceptivité émotive et d'une maîtrise évoluant également dans le même sens ;

β) Soit de l'irrégularité du profil dont les saillies, de part et d'autre de la ligne moyenne, traduisent le défaut d'harmonie du sujet.

b) *Entre chacun des aspects de la personnalité.*

L'étude de ces rapports ne peut se faire que par la même méthode et la prolongation du profil graphique à chacun des aspects ou, plus simplement, la confrontation des trois profils morpho-physio-psychologiques. Il s'agit alors de comparer ces trois profils chez un grand nombre de sujets aux fins d'établir le pourcentage de la concordance de chaque caractère avec chacun des autres. Depuis Hippocrate, de nombreux auteurs ont essayé d'isoler des types humains dont chaque individu se rapprocherait plus ou moins. Rappelons seulement les noms de Manouvrier, Brugsch, Viola, Stockard, Bean, Mac Auliffe et Sigaud, Gorman, Kretschmer, Pende, Cawadias. L'intérêt de ces classifications qui, du reste, se rejoignent, ne saurait être méconnu, mais leur tort commun est de procéder d'emblée à la synthèse avant d'avoir dépouillé une analyse à peine ébauchée. Seule, peut-être, l'école constitutionnaliste italienne (de Giovanni, Viola, Pende) échappe partiellement à cette critique. En fait, le jour seulement où le pourcentage de correspondanee entre un très grand nombre d'aspect morpho-physio-psychologiques sera établi, il sera permis de construire des types humains rationnels obéissant à un déterminisme parfait. Il faut, en effet, poser ce dernier comme un axiome. Toute correspondance imparfaite traduit l'intervention d'autres facteurs dont la connaissance doit permettre inversement de prévoir le pourcentage en question.

Une fois fixée la correspondance de chacun des caractères avec chacun des autres, c'est à établir celle de groupes complexes de ces caractères qu'il faudra viser ; elle ne saurait être d'ailleurs que le corollaire des premières lois dégagées. Les correspondances : volémie, capacité génitale, volonté de puissance euphorique — rétraction inférieure du visage, dyspepsie, autisme — développement naso-thoracique et xyphoïdien, capacité respiratoire, résistance à l'effort, à l'infection, affirmation sociale, — sont relativement simples. D'autres, telles que : développement graisseux, capacité digestive, atténuation des réactions douloureuses, sont déjà plus complexes et dépendent d'autres facteurs que nous devons préciser (développement musculaire, sanguin, génital, etc.).

C'est à ce long travail d'analyse qu'il convient d'abord de s'appliquer.

2° *Rapports vectoriels ou chronologiques.*

Ici, c'est surtout la chronologie qui importe, la succession des phénomènes, seule « cause » reconnue en raisonnement scientifique. La même distinction que plus haut doit être maintenue.

a) *Entre les différents éléments d'un même aspect.*

En morphologie, un changement de forme, si long soit-il, ressortit en réalité à la physiologie. Il s'effectue soit par les seules lois de la pesanteur (scoliose, ankylose, rétraction musculaire) soit par un mécanisme réflexe plus ou moins complexe comprenant l'irritation d'un système réactionnel par le changement réalisé (hypertrophie compensatrice, rééducation, etc).

L'étude de la succession des phénomènes comprend, pratiquement, toute la physiologie classique et la physiologie expérimentale ; bien qu'elle y soit plus difficile, elle doit être cependant un des buts de la médecine courante et de la psychiatrie. Le primum movens arbitrairement choisi est, en effet, bien connu dans l'expérimentation ; il reste toujours indécis en clinique où seuls quelques maillons sont identifiés. La quasi-totalité des retentissements physiologiques et psychologiques normaux ou morbides s'effectue par enchaînement direct de réflexes centraux ou périphériques, nerveux, neuro-endocriniens ou neuro-humoraux qu'il faut préciser, chaque réaction devenant le stimulus de la réaction suivante. Ainsi procèdent toute la régulation vaso et cardio-motrice, le fonctionnement du clavier digestif, les phases de l'immunisation, la virtuosité du pianiste ou de l'orateur, l'association des idées dans le calcul, le jugement, la rêverie ou le rêve.

b) *Entre les trois aspects de la personnalité.*

On peut, faisant un choix, envisager deux de leurs éventualités, les rapports de l'émotion et de la pensée avec leurs expressions, ceux de la morphogénèse avec l'activité.

α) *Rapports de l'émotion et de la pensée avec leurs expressions.*

Une émotion, quelle que soit sa complexité, est le résultat, comme tout processus vital, d'un stimulus externe ou interne qui, au contact d'une tendance héréditaire ou acquise, déclenche une réaction. Une réaction prend le nom d'émotion quand elle se traduit, au point de vue objectif, par une transformation plus ou moins importante de l'être tout entier, notamment dans son domaine viscéral et vaso-moteur et, du point de vue subjectif, par une résonance plus ou moins complexe mais se détachant toujours sur un fond de volupté ou de douleur.

Le mécanisme de cette modification de tout l'être a été longtemps obscurci par les conceptions dualistes de la personnalité. Il est encore classique d'opposer la vieille théorie d'Herbart pour qui l'excitation entraîne l'émotion proprement dite, qui a son tour entraîne l'expression périphérique, et celle de W. James qui pense que l'excitation déclenche l'expression périphérique suivie elle-même de l'émotion consciente, ce qui s'objective en faisant dire au premier que nous rions parce que nous sommes heureux, et au second, que nous sommes heureux parce que nous rions.

Remisant la conscience au musée des fétiches, Watson simplifie la question en déclarant que seule compte l'expression viscérale et extérieure, objective de l'émotion, l'état de conscience n'étant pour lui qu'une fiction des introspectionnistes. Autant nier ce que nous ressentons. Les behavioristes eux-mêmes sont ici les victimes du dualisme qu'ils veulent combattre. Se refusant avec raison à admettre la dualité en science du spirituel et du matériel, ils en arrivent à nier un des aspects les plus représentatifs de la matière vivante, dans ses formes évoluées surtout. Ou bien ils mettent en discussion la valeur propre des termes abstraits et retombent dans la stérile querelle des universaux qui n'est pas d'ordre scientifique, ou bien ils négligent une part importante des faits qui, eux, appartiennent à la science. Ce qui n'existe pas, c'est l'état de conscience au sens d'Herbart et de James et de beaucoup d'autres, séparé de son expression objective ; mais la conscience du plaisir ou de la douleur, qui est bel et bien une réalité, ne saurait être négligée par l'étude objective des faits.

Toute excitation externe ou interne entraîne deux types de réactions qui, relativement distinctes à leur tour, forment autant d'excitations proprioceptives pour d'autres réactions en cascade : une réaction à prédominance viscérale et vaso-motrice, dont la résonance plus ou moins consciente est *affective*, c'est-à-dire impression de plaisir ou de douleur et une réaction à prédominance locomotrice, gestuelle et verbale, dont la résonance plus ou moins consciente est *intellectuelle*, c'est-à-dire perception plus objective du réel. *La résonance et l'expression sont non pas successives, mais simultanées*, inséparables ; la première est accessible à l'introspection, et ses études, de saint Augustin à Marcel Proust, ne sont pas négligeables ; la deuxième, accessible à autrui, se prête à l'étude expérimentale et, comme telle, mérite toute notre attention.

Il n'y a donc pas de rapport vectoriel entre l'expression de l'émotion et sa résonance. Ce qui se place dans le temps avant ces deux phénomènes inséparables, ce sont les tendances d'une part et le stimulus de l'autre, dont la rencontre détermine la réaction.

La douleur locale n'est qu'un cas particulier de l'émotion ; elle est bien, comme le pense Leriche, une modalité affective du tact ; et cette conception n'est en rien infirmée par les conclusions du fameux débat de Goldscheider et de von Frey où ce dernier semble avoir eu raison d'isoler, à la surface les téguments, des points respectivement sensibles au tact, au froid, au chaud et à la piqûre, points qui, du reste, donnent naissance à des neurones et à des cordons distincts. Il s'agit, en effet, dans ce débat, de la sensation propre de piqûre et non de la douleur qui, elle, peut être engendrée par toute excitation trop vive. Cette douleur est faite de deux éléments, ici encore inséparables, la résonance subjective bien connue et une expression objective qui s'effectue à la fois sur l'ensemble de l'organisme, notamment le système viscéral et vaso-moteur comme dans toute émotion, et électivement sur le point de départ du stimulus ce qui entretient ce stimulus lui-même, mais a suggéré à Leriche la possibilité de sa suppression.

C'est généralement parce qu'on a négligé ce double aspect, résonance et expression viscérale et vaso-motrice, de la douleur comme de toute émotion, que l'on a méconnu ou mal interprété le rôle de cette douleur ou de cette émotion, en général, dans la genèse et l'entretien d'un grand nombre de troubles viscéraux et de leurs résonances affectives.

Ce qui est vrai de l'émotion peut être dit de la pensée, résonance intellectuelle de réactions locomotrices, gestuelles ou verbales. Même filiation de la tendance et du stimulus qui, par leur contact, engendrent une réaction musculaire plus ou moins complexe, geste, parole, écriture, avec sa résonance exactement simultanée, plus ou moins consciente, que nous nommons pensée, cette réaction servant à son tour de stimulus proprioceptif pour les réactions successives qui feront la complexité de l'opération mentale. L'identification par les behavioristes de la pensée avec la parole subvocale et le geste ébauché est, en effet, peu discutable. Mais là aussi la pensée est la résonance subjective, exactement contemporaine d'un phénomène objectif, l'expression gestuelle ou verbale.

β) *Rapports de la morphogénèse et de l'activité.*

Si une part des rapports vectoriels entre la forme et la physio-psychologie s'éclaire par l'expression de l'émotion et de la pensée, le fond du problème est atteint par l'étude comparée de la morphogénèse et de l'activité ; question fondamentale, d'ordre à la fois philosophique et pratique qu'il importe sinon de résoudre, car elle ne l'est pas, tant s'en faut, tout au moins de clarifier.

Les exemples qui abondent en morpho-physiologie comparée : ailes ou palmures des oiseaux, callosités de certains mammifères,

adaptation du squelette et de l'organisme en général à la course, au saut, à la nage, etc., ne sont pas plus rares dans l'étude de l'homme. Les rapports du développement de la musculature, des voies respiratoires ou digestives avec le fonctionnement de ces appareils, leur capacité et leurs besoins, par suite leurs tendances, ceux de l'attitude générale, du maintien et de la physionomie avec l'activité métabolique, le caractère et l'intelligence, nous démontrent qu'il existe une influence réciproque entre la morphologie et la physio-psychologie. Mais cette influence à double sens qui est évidente, qu'elle a été sa direction première ? s'est-elle faite de la fonction à l'organe, comme le veulent les Lamarckiens, ou de l'organe à la fonction, comme le pensent les modernes, de Weissmann à Morgan ?

L'activité physio-psychologique n'étant que la transformation perpétuelle de la matière vivante et l'aspect morphologique n'étant qu'un aspect momentané de ces transformations incessantes, il va sans dire que, du point de vue théorique, le problème est insoluble par les méthodes scientifiques et appartient à la métaphysique. Du point de vue pratique il n'en est pas ainsi. Dès la conception, c'est bien l'aspect morphologique qui précède la différenciation physio-psychologique, la conditionne et, bien entendu, subit en retour son influence. C'est l'organe qui précède la fonction, cette dernière par son exercice, développant secondairement l'organe. Il va sans dire que le terme d'organe doit être entendu au sens le plus large d'aspect morphologique, et celui-ci, au sens plus large encore d'aspect momentanément stable de la matière. Sans doute cette fixité est-elle presque une fiction, quelle que soit la conception que l'on se fasse de la matière, tout potentiel supposant un début de mouvement. Cependant, par la force des choses, l'aspect immobile de la matière est celui qui se présente à nos sens, à notre analyse scientifique ; c'est lui qui constitue bien l'aspect morphologique.

Sur un autre plan, le fait que la plupart des maladies dans lesquelles on observe tardivement des lésions grossières, ne se traduisent longtemps par aucune modification morphologique accessible à nos moyens habituels, ne s'inscrit pas non plus contre la séquence en question. La théorie courante du « fonctionnel » précédant le « lésionnel » ne consacre qu'une apparence évidemment fréquente due à nos œillères anatomo-cliniques traditionnelles. C'est un leurre de dire qu'un foie qui fonctionne mal est anatomiquement sain ; son histo-chimie, son histo-physique sont certainement anormales, donc sa morphologie, de même que celle de ses régulateurs, bien avant que de grossières altérations parenchymateuses ou interstitielles objectivent une évolution déjà ancienne.

C'est à cette différenciation préliminaire, à ce potentiel de l'aspect morphologique capable, si les circonstances lui permettent de s'exercer, de se parachever lui-même, que Cuénot a donné le nom de *préadaptation*, terme que nous remplacerions plus volontiers par celui de *prédifférenciation*, dépourvu de toute nuance finaliste.

II. Comment se développe la personnalité dans ses trois aspects. La morpho-physio-psychogénèse

1° La succession des phénomènes qui conduisent à la *formation progressive et continue de l'individu* étant donc, sur le plan pratique, représentée par la séquence : aspect morphologique préadapté à un certain potentiel — activité physio-psychologique — achèvement de la différenciation morphologique, la morpho-physio-psychogénèse, à partir de la conception, obéit à un certain nombre de lois où se conjuguent deux facteurs, les tendances héréditaires et les influences du milieu ; ces dernières elles-mêmes sont faites de deux groupes, suivant qu'elles dépendent ou non de l'activité du sujet. C'est de la conjugaison de ces facteurs dits génétiques et péristatiques que se constitue à tout instant la personnalité, chaque événement nouveau se greffant sur l'ensemble du reliquat de tous les autres, au triple point de vue morpho-physio-psychologique.

Trois lois au moins régissent cette évolution : ce sont la loi du *développement progressif par l'effort*, et de l'atrophie par l'inaction ou loi de l'usage et du non usage, illustré par Lamarck et par Giard ; la loi de l'*altération fonctionnelle et de la déformation par la fatigue et la souffrance ;* la loi *du maximum* ou *de l'équilibre*, ni l'effort, ni l'inaction, ni la souffrance ne parvenant, dans des conditions vitales, à porter au delà d'un certain degré l'ampleur de tel ou tel développement morpho-physio-psychologique. C'est ainsi que l'ampleur et l'activité musculaire ou respiratoire, la forme et l'habileté de l'appareil vocal ou de la main se développent à partir d'un niveau basal héréditaire par l'usage et l'effort, s'atrophient par l'inaction, sont altérées par toute souffrance, mais ne peuvent s'hypertrophier, s'atrophier ni s'altérer dans des conditions vitales au delà d'un certain degré individuel et dépendant de leur niveau basal.

Chaque correspondance morpho-physio-psychologique jouit donc de la *propriété de se développer elle-même* à partir d'un certain niveau *jusqu'à un maximum fixé héréditairement.* Ainsi se développent par leur propre élan, si l'on peut dire, les constitutions normales, paranormales ou pathologiques. Des correspondances telles que : développement en largeur du visage et des cavités naso-buccales, taux élevé de la capacité digestive et des fonctions respiratoires, extraversion et optimisme — ou l'inverse : développement en longueur des mêmes segments, réduction des capacités digestives et respiratoires, introversion, pessimismes ou encore : prédominance des voies digestives sur les voies respiratoires, de l'appétit et de la capacité digestive sur la soif d'air et la respiration, obésité, résonances voluptueuses et euphoriques, — ou encore inversement prédominance des voies et des fonctions respiratoires sur les voies et les fonctions digestives, maigreur, résonances douloureuses et inquiétude — correspondances dont la valeur en pourcentage dépend du nombre des autres facteurs qui y sont engagés, se constituent et se parfont selon les mêmes règles. La *prédifférenciation suppose en effet les tendances qui favorisent elles-mêmes la différenciation en modifiant les conditions mésologiques ;* l'appétit ou l'anorexie, la soif de mouvement ou d'inaction, d'effort ou de paresse, la recherche du plaisir ou le culte de la douleur contribuent à entretenir les syndromes dont ils font déjà partie, en imposant leur moule ou leur filtre à un certain nombre de circonstances extérieures avant que celles-ci ne rencontrent les tendances réactionnelles proprement dites. D'autres, parmi ces circonstances, échappent cependant à l'action modelante des tendances ; elles favorisent ou contrarient la prédifférenciation, par usage ou non usage, telles que les ressources alimentaires, les conditions de l'effort, l'ambiance morale et esthétique, ou en constituant un milieu favorable ou nocif, altératif (traumatismes, conditions climatiques, virus pathogènes, chocs affectifs, etc.). Par elles, l'éducation et la thérapeutique ont prise sur le sujet.

Ainsi l'obésité se développe et s'entretient par ses propres éléments, de même la maigreur, la constitution athlétique ou dysplasique, de même toute constitution, jusqu'à un maximum d'ailleurs, au delà duquel les éléments propres du syndrome comme les circonstances extérieures cessent d'agir. Que si la prédifférenciation restait latente par suite des conditions mésologiques, intervienne un changement de ces dernières, le coup de pouce est donné et tout le mécanisme mis en mouvement. Le changement de l'alimentation ou de l'activité extérieure, l'infection, le choc affectif qui ont bouleversé le fonctionnement digestif, musculaire, respiratoire, vaso-moteur, génital, déterminent ici une obésité, là une maigreur, une neurasthénie, une hyperthyréose qui tend bien souvent, si l'on n'y apporte une correction, à s'entretenir elle-même, jusqu'à un maximum déterminé par le niveau de la prédifférenciation. N. Fiessinger a bien montré la fréquence de cette « pathologie par entraînement » en endocrinologie.

A ce point de vue, il est temps de dissiper la confusion qui règne dans nos conceptions étiologiques où nous voyons couramment opposer une cause « nerveuse » ou « organique », « mentale » ou « endocrinienne » termes non opposables, là où doivent être distingués *des tendances* prédisposantes, des *facteurs déclenchants* et des *mécanismes* tels que, par exemple : dysplasie neuro-endocrinienne, + choc affectif —> endocrinopathie avec ses trois aspects morpho-physio-psychologiques, etc.

2° *L'héréditaire et l'acquis.*

Sur l'importance respective de ces deux facteurs s'opposent généticiens et behavioristes, les premiers accordant la priorité à l'apport héréditaire, les autres réduisant au minimum cet apport au profit des conditions mésologiques.

La question, pratiquement complexe, est très simple en théorie ; encore faut-il préciser cette dernière.

Tout caractère, même la couleur des cheveux ou la cicatrice d'un traumatisme, est à la fois héréditaire et acquis, en ce sens que le fait même de son développement suppose, par définition, qu'il était compatible avec le patrimoine héréditaire et que les conditions péristatiques modifient toujours plus ou moins, au cours de la vie, ce qui est apporté lors de la conception. Mais le pourcentage de l'héréditaire et de l'acquis est très variable suivant les cas, au point que si les caractères spécifiques et même un grand nombre de caractères raciaux sont à peu près exclusivement héréditaires, si dans les suites d'un traumatisme l'hérédité joue un rôle réduit (mais à préciser), dans tous les cas intermédiaires, il s'agit de déterminer le pourcentage de :

a) La prédifférenciation héréditaire ;

b) L'influence des tendances héréditaires sur les circonstances extérieures ;

c) Les circonstances extérieures indépendantes de l'activité du sujet.

Le problème est un *problème statistique, c'est-à-dire mathématique*, et il ne saurait en être autrement. Sa solution pratique est déjà assez complexe pour que, du moins, nous n'en obscurcissions pas les principes, ce qui est malheureusement trop

fréquent. On discute encore pour savoir si l'obésité ou le diabète sont dus à l'hérédité ou à la suralimentation, comme si ces deux facteurs étaient opposables. Mais la suralimentation, elle-même, est fonction de facteurs héréditaires et de conditions mésologiques ; il faut encore avoir faim et disposer d'une forte capacité digestive pour qu'elle soit possible ; c'est là une prédifférenciation elle-même à la fois héréditaire et acquise selon un pourcentage à déterminer ; et l'on peut en dire autant du développement musculaire ou intellectuel. Tous les cliniciens reconnaissent l'extrême difficulté, pour ne pas dire l'impossibilité où ils se trouvent de différencier, chez l'adulte, ce qui a été à peine influencé par les conditions mésologiques de ce qui l'a été beaucoup, les réflexes conditionnés des réflexes innés, la morphologie modelée de la morphologie transmise. Notons en passant que lorsque les psychanalystes insistent sur le rôle des « complexes » dans la psychogénèse, ils ne sont pas très éloignés du conditionnement des behavioristes qui dédaignent toutes leurs acquisitions. Reste à savoir dans quelle mesure l'influence seconde de l'érotisme anal ou des stimuli associés à la peur infantile dépend de l'apport héréditaire, ce que psychanalystes et behavioristes ont tous deux tendance à oublier.

En réalité, seule l'étude des pourcentages des deux groupes des facteurs est féconde ; le reste est discussion stérile. Pour cela il faut dissocier les facteurs par l'étude de trois groupes de sujets, placés, les uns dans les mêmes conditions génétiques et mésologiques, les seconds, de gènes différents, dans les mêmes conditions mésologiques, et les derniers, de gènes semblables, dans des milieux distincts. L'étude des groupes ethniques, des lignées et des familles, sur de très nombreux individus, est à ce point de vue fort instructive mais grevée d'un gros facteur d'erreur ; la meilleure méthode est l'étude des jumeaux monovulaires placés dans des conditions mésologiques respectivement semblables et différentes et des jumeaux biovulaires de même sexe (mais forcément de gènes différents), placés dans les mêmes conditions mésologiques ; la valeur de cette méthode est pratiquement absolue, elle est, malheureusement d'une application difficile sur un grand nombre de sujets. Déjà largement mise en œuvre, elle mérite de l'être davantage. C'est elle qui doit, *en pourcentage*, résoudre la question de l'héréditaire et de l'acquis. Jusqu'à présent, elle montre la part considérable prise par l'hérédité dans la prédifférenciation et les tendances qui adaptent à leur propre réalisation les conditions péristatiques, comme l'étendue des possibilités mésologiques dans une différenciation déterminée.

3° *L'origine de la différenciation individuelle.*

Quant à la différenciation individuelle extrêmement accusée qui distingue l'homme de l'animal, elle tient à trois groupes de faits. La *richesse des possibilités psychiques* multiplie d'autant la *variété des conditions mésologiques.* Le troisième élément de cette différenciation, la *variété des conditions génétiques* pose un problème, celui de son origine ; c'est la question des rapports non plus statiques mais vectoriels de l'héréditaire et de l'acquis. Dans quelle mesure la *somation*, c'est-à-dire la morpho-physio-psychogénèse individuelle s'inscrit-elle dans le germen pour réaliser les *mutations* qui, plus ou moins croisées, s'exprimeront ensuite dans la descendance spécifique, raciale, ethnique, familiale ? Le problème infiniment plus complexe que ne le supposait Lamarck et même Darwin, semble presque résolu négativement quant à la façon dont l'envisageaient les deux grands maîtres du transformisme. L'acquis ne s'inscrit pas avec une telle facilité dans le patrimoine, et il semble que les conditions d'isolement soient la principale origine de la sélection et de la différenciation génotypique. Cependant, la brusquerie de la mutation n'est-elle pas l'aboutissant subit d'une lente transformation cachée à nos regards et si lente que nous ne pouvons en saisir les deux pôles à la fois, hypothèse à laquelle l'histoire du monde serait favorable ? La preuve n'en a pas été donnée.

Mais d'ores et déjà apparaît la vanité de la querelle qui, sur le plan pragmatique, oppose généticiens et behavioristes. Ce ne sont pas des thèses qu'il faut soutenir, mais des faits qu'il faut peser et comparer pour résoudre peu à peu le problème qu'Héraclite à condensé en deux mots célèbres. Ce sont les lois du pourcentage statistique qui départageront les tendances héréditaires et les facteurs péristatiques, la tâche de l'eugéniste et de l'éducateur.

ACTUALITÉS

LES ENSEIGNEMENTS CHIRURGICAUX A TIRER DE LA GUERRE (1)

par M. Marcel Fèvre
Professeur agrégé, Chirurgien des hôpitaux

Un médecin ne peut s'étonner de voir la guerre se transformer continuellement, chaque mode de combat, chaque arme nouvelle apportant ses blessures particulières. Et chaque guerre nous offre ses enseignements. Celle de 1914-1918 nous apporta les bases d'une saine chirurgie de guerre, montrant, en particulier, les nécessités d'interventions d'urgence, d'un traitement d'excision des parties molles évitant la gangrène gazeuze. Le sérum antitétanique fait presque disparaître le tétanos. La guerre de 1914-1918 fut essentiellement celle de la chirurgie des membres, de la sérothérapie, des vaccinations.

La guerre de 1939-1945, profitant des progrès de la chirurgie de paix, fut celle de l'élévation du traitement jusqu'à la chirurgie viscérale, thoracique, abdominale et cranio-cérébrale. Elle organisa la lutte systématique contre le shock, la « réanimation » et fut l'époque de la chimiothérapie.

Cette guerre mondiale de 1939-1945 comporte des enseignements concernant :

1° Les conditions particulières des blessures durant cette guerre ;

2° Les progrès de la chirurgie dans le traitement des lésions de guerre.

I. — Les blessures de guerre de 1939 a 1945

En France, la période de 1939-1940, la majorité des blessures résultant d'accrochage autour des postes, inaugura les blessures par balles de mitraillettes, par mines et par pièges.

La douloureuse époque de mai à juin 1940 multiplia les plaies par balles, par artillerie, mais ajouta la fréquence des blessures par bombes d'avions.

La guerre du maquis fut caractérisée surtout par les difficultés du travail chirurgical et le caractère d'heureuse débrouillardise des équipes chirurgicales.

Avec le débarquement surviennent les terribles blessures dans les champs de mines, les parachutages avec leurs fractures multiples. Et dans la guerre de mouvement qui reprenait, les blessures par balles, par l'artillerie furent à nouveau les plus fréquentes.

Les blessures dépendent dans leur nature des armes employées, dans leur traitement des conditions de combat.

A) *Armes employées, blessures particulières.*

1° *Les balles.* — Aux balles faites d'un métal unique, de calibre moyen s'ajoutèrent :

a) Les balles des mitrailleuses lourdes, des mitrailleuses d'avions, véritables petits obus éclatant dans le corps en fragments multiples ;

b) Les balles composées de deux éléments de densité différente, les balles de mitraillettes en particulier composées d'une chemise mince et d'une masse de plomb centrale. Au contact d'un os, la mince chemise éclate en fragments multiples et le plomb continue en un projectile principal. A un orifice d'entrée unique correspondent des éclats multiples.

c) Les balles éclatées, déformées, rendues fourchues par les blindages des chars causent de graves blessures ;

d) Les balles fondant ou se pulvérisant sur les blindages des casemates causent des blessures à fines granulations multiples, des tatouages, la perte des yeux des guetteurs ;

e) Les balles traçantes ont causé la phosphorescence tenace de certaines plaies.

2° *Les projectiles d'avions*, en dehors de la bombe atomique, causent des effets variables suivant qu'il s'agit de petites bombes, des balles de mitrailleuse de l'aviation tactique, ou des bombes lourdes stratégiques, facteurs de lésions d'écrasements, d'éboulements, de « blast » le souffle, déterminant une terrible mortalité.

3° *Les mines*, de cette guerre, les pièges, augmentèrent le nombre des polyblessés. Les blessures présentent des aspects différents suivant qu'elles correspondent aux mines anti-chars (Teller-mines, Holz-mines) déterminant de terribles effets de « blast » ou aux mines anti-personnel. Parmi celles-ci la S mine, envoyant sa volée de shrapnells à un mètre du sol, hache sa victime à la ceinture, si l'homme ne s'est pas couché à plat-ventre, la « Schumine », beaucoup plus répandue, ampute une jambe, un pied et crible de corps étrangers l'autre membre inférieur.

4° *Les projectiles d'artillerie, de mortiers*, déterminent des blessures analogues à celles de l'autre guerre ;

(1) Résumé d'une conférence faite le 26 janvier lors des Journées médico-militaires de l'Union Fédérative des médecins de réserve.

5° Aux grenades, aux effets connus, on peut opposer les grenades anti-chars, les projectiles de « bazooka » américain, ce coup-de-poing allemand, dont les effets délabrants tiennent à la puissance de ces projectiles à charge creuse et aux conditions de combat rapproché.

B) *Conditions de combat.*

Les conditions du combat mouvant nécessitent, pour obtenir de bons résultats chirurgicaux, des formations mobiles, capables de se déployer, de se replier avec une extrême rapidité. La création des F. C. M. des groupes mobiles, a permis d'effectuer, dans des conditions inconnues jusqu'ici, la chirurgie du thorax, de l'abdomen. La guerre moderne se passe constamment en milieu inflammable, dans l'essence des moteurs, des chars, des avions. D'où la fréquence des brûlures de guerre.

II. — Progrès dans le traitement des blessures de guerre

Un blessé, dans les premiers postes de secours, reçoit une injection de « morphine » pour diminuer le shock et la douleur, sa plaie est recouverte de « sulfamides » pour éviter l'infection ; parfois, dès la compagnie de ramassage ou de triage, il subit une première « réanimation ». Les premiers actes médicaux introduisent donc trois notions nouvelles dans le traitement des plaies de guerre, l'utilité de la morphine, la prévention de l'infection par les sulfamides, la réanimation des très grands shockés. Mais comme certains shockés ne peuvent être réanimés qu'une fois, les tentatives ultérieures restant sans effet, seuls les intransportables doivent être réanimés aux premiers échelons.

Esquissons, en neuf têtes de chapitres, quelques-uns des progrès réalisés dans le traitement des blessures de guerre.

1° *Chimiothérapie des plaies*

A) *Les sulfamides.*

L'emploi des sulfamides, pour les blessures de guerre, a débuté, pour nous, en Lorraine, en 1939, grâce à un approvisionnement tout à fait officieux. En 1940, une ambulance bien dotée en sulfamides en obtenait un stock officiel important et possédait un appareil projecteur de poudre de sulfamides. L'emploi des sulfamides par voie buccale et localement, a donné en effet des résultats magnifiques.

Mais qu'il reste bien entendu que « l'acte chirurgical dans le traitement des plaies de guerre reste l'intervention chirurgicale débridant les plaies, excisant les tissus confusionnés, enlevant les corps étrangers septiques. La sulfamidothérapie locale et générale ne constitue qu'un adjuvant ». Legroux et Loiseleur, réglant la chimiothérapie des sulfamides, insistent sur « l'acte d'exérèse des tissus morts », premier acte indispensable.

Legroux et Lenormant résument ainsi la discussion de l'Académie de chirurgie sur la sulfamidothérapie des plaies de guerre : de guerre :

Dans le traitement local, il faut éliminer « Prontosil » et « Rubiazol » dont la réduction entraînant la coupure de la liaison azoïque ne se fait pas de manière suffisante au niveau des plaies. Le « Dagénan » local doit rester objet de méfiance donnant un aspect momifié aux plaies, trop alcalin. Le 1.162 F reste, sous ses divers noms, le meilleur produit d'application locale. Le saupoudrage de sulfamides a été pratiquement utilisé sur tous les viscères, sans inconvénient. Les doses locales varient de 2 à 15 grammes.

Les solutions liquides, moins utilisées, présentent de l'intérêt dans les infections des séreuses (articulations, plèvre, péritoine).

Les crayons de 1 à 2 grammes trouvent utilisation dans les angles des plaies.

Par voie buccale, les doses d'administration varient de 2 à 12 grammes. Parfois, chez les blessés vomisseurs ou dans le coma, il faut recourir aux suppositoires ou aux injections.

Inutile de rappeler que le rôle des sulfamides n'est pas bactéricide, mais bactériostatique et que l'élimination rapide du produit implique la répétition des prises.

L'emploi des sulfamides reste à la fois préventif, pour empêcher l'infection dans les plaies, dès les postes de secours, et thérapeutique dans les infections déclarées. Tous les secteurs de la chirurgie de guerre ont bénéficié de leur emploi, depuis la gangrène gazeuze, sur laquelle la pénicilline demeure encore plus efficace, jusqu'à la chirurgie cranio-cérébrale et surtout méningée.

B) *La Pénicilline.*

La pénicilline est venue doubler les sulfamides. Son action sur les staphylocoques, sur les anaérobies producteurs de la gangrène, explique son emploi massif par les Anglo-Américains malgré ses difficultés d'extraction et de conservation.

A la 1re Armée nous disposions d'un lot important de pénicilline, mais insuffisant pour justifier un emploi préventif systématique. D'autres vous parleront abondamment de cette pénicilline, mais permettez-moi de rappeler quelques points importants de son emploi dans la 1re Armée. La poudre de pénicilline, pénicilline sodium « P. S. » ne conserve son activité que trois mois et doit être conservée au frais ou au froid, à une température inférieure à 10°. C'est dire qu'une formation chirurgicale de campagne devrait disposer d'un frigidaire tant pour la pénicilline que pour le sang conservé. La préparation extemporanée et l'utilisation immédiate s'imposent. L'imprégnation dure trois heures environ après l'administration du produit. Il faut donc renouveler les injections toutes les trois heures.

L'usage préventif se trouve particulièrement justifié dans les plaies de guerre graves dont l'allure fait craindre la gangrène. La première injection de 25.000 unités sera répétée si l'évolution de la plaie l'indique.

L'usage curatif comprend trois indications majeures :

1° L'infection gangréneuse, dans laquelle la pénicillinothérapie ne permet cependant de négliger ni le traitement chirurgical, aussi rigoureux que par le passé, ni même le sérum antigangréneux.

2° La plaie de guerre infectée grave ;

3° Les infections des séreuses.

Dans les deux premières éventualités, l'injection a lieu soit par voie intra-musculaire, soit par injection intra-veineuse simple ou en utilisant la tranfusion de sérum, de plasma ou de sang. Dans tous les cas, le principe reste d'administrer 25.000 unités toutes les trois heures. Dans les infections séreuses, les injections locales permettent de n'injecter que 10.000 à 25.000 unités en dilution assez étendue de 5 à 10 cc. de sérum. Dans les articulations, la plèvre, les résultats paraissaient meilleurs que pour le péritoine qui se cloisonne très rapidement.

2° *Shock et réanimation*

Un chirurgien doit vous marquer toute l'importance du facteur réanimation : à la F. C. M.[5] une équipe de réanimation se trouvait adjointe à chaque équipe chirurgicale. Il arrivait que nos réanimateurs travaillassent plus longuement encore que les chirurgiens. Dans les huit déplacements que nous avons effectués en Alsace, Allemagne et Autriche, un local spécial, parfois deux, étaient attribués l'un à la réanimation pré-opératoire, l'autre à la post-opératoire et la réanimation continuait à la salle d'opération. Précisons qu'il faut supprimer la réanimation pour les lésions de « blast », de souffle ; nous pensons, d'ailleurs, que la réanimation systématique à tous les échelons n'est pas une bonne chose. Il faut distinguer les shockés et les blessés hémorragiques. Chez ces derniers, des tranfusions répétées agissent et permettent seules parfois d'amener les blessés jusqu'à la table d'opération où sera réalisée l'hémostase, temps essentiel. Mais de nombreux shockés ne se remettent qu'une fois et pas deux. Mieux vaut donc, si leur état le permet, ne les réanimer qu'à la formation chirurgicale, juste avant l'opération.

3° *Le « blast »*

Les blessés atteints de « blast », de lésions de souffle, d'explosion, provenant surtout de l'explosion des mines ou des bombes, demeurent souvent plus médicaux que chirurgicaux. Parfois ils sont mixtes, présentent des plaies, et force reste d'opérer sur ce terrain mal connu des blessés atteints de « blast ».

Ce blast détermine des hémorragies capillaires multiples. Signalons la gravité du blast cérébral qui conduit trop souvent à la mort, du blast oculaire qui cause la cécité et la fréquence du blast pulmonaire, générateur d'hémorragies dans le parenchyme, avec matité, ombres étendues à la radiographie, diminution du champ de l'hématose pulmonaire. Transfuser de tels blessés, les congestionner, risque l'extension ou la reprise des hémorragies capillaires.

4° *Les anesthésies en chirurgie de guerre*

Deux faits nouveaux ont modifié l'anesthésie à l'armée. L'utilisation de plus en plus large de l'anesthésie en circuit fermé, au protoxyde d'azote, et la fréquence des anesthésies intraveineuses, en particulier au « penthotal » américain.

L'anesthésie au protoxyde-éther-oxygène tendait à remplacer à la 1re Armée les autres modes d'anesthésie générale. L'exact dosage de l'éther, l'absence de surdosage en CO^2 que donne la méthode demi-fermée, la possibilité de régler à volonté l'oxygénation du malade restent autant de facteurs qui expliquent que les blessés shockés, les hémorragiques plus ou moins anoxiques, les blessés thoraciques et abdominaux, les blessés de première urgence d'une façon générale, bénéficient particulièrement de ce mode d'anesthésie.

L'anesthésie intra-veineuse au « penthotal », barbiturique dont les inconvénients semblent inférieurs à ceux de l' « Evipan », a joué un rôle considérable. Une statistique de notre propre formation indique 216 anesthésies par voie intra-veineuses, pour 201 anesthésies générales. Mais pour utiliser le penthotal sans danger notable, il faut l'injecter très progressivement, arrêter l'injection dès que se produit l' « apnée » et la chute de la mâchoire, l'entretenir très progressivement, à la demande, et ne

pas dépasser la dose de 2 grammes. Indiqué pour les anesthésies courtes, en particulier pour les blessures des membres, il est contre-indiqué dans les lésions faciales, maxillaires, cervicales et thoraciques, car son danger essentiel réside dans la syncope par spasme de la glotte. Aussi le blessé doit-il être préparé par une injection de morphine ou même par un blocage plus complet du nerf pneumogastrique.

Chez les blessés atteints de « blast », il faut tâcher de s'en tenir à la locale, complétée, s'il le faut, par quelques bouffées de chlorure d'éthyle à la compresse, aux moments des douleurs.

5° *Les plaies cranio-encéphaliques*

Les progrès de la chirurgie nerveuse amenèrent la création de centres de chirurgie « cranio-encéphalique » dont les résultats ont justifié l'incontestable utilité. Les neuro-chirurgiens vous montreront toute l'étendue des indications opératoires, s'adressant à toutes les plaies cranio-cérébrales ouvertes, aux lésions des sinus veineux, à l'ouverture ventriculaire, à l'œdème cérébral, à l'hémorragie. Si l'intervention n'est pas d'une extrême urgence, encore faut-il, si possible, opérer avant la trentième heure. Il faut bien avouer que des cas intransportables se trouvent souvent arrêtés aux formations chirurgicales les plus rapprochées et que nous avons souvent regretté dans la campagne d'Allemagne l'éloignement des centres neuro-chirurgicaux.

L'application des principes nouveaux reste impressionnante pour ceux qui voient pour la première fois tailler le grand volet cranien, pratiquer l'exérèse du trajet d'attrition, dégagé à la curette qui plonge profondément dans la profondeur du cerveau ou par l'aspiration qui ramène la bouillie cérébrale. L'emploi du bistouri électrique et de l'électro-coagulation assure l'hémostase soigneuse qui permet la fermeture.

6° *Plaies pleuro-pulmonaires*

Les principaux progrès dans les plaies pleuro-pulmonaires n'ont pas été le fait des méthodes chirurgicales, mais de trois facteurs adjuvants, s'ajoutant à l'injection de morphine.

1° La chimiothérapie par les sulfamides, la pénicilline, qui diminue la gravité des infections pleuro-pulmonaires ;

2° L'oxygénation par les tentes, les masques d'oxygène, qui réalise le temps majeur de la réanimation de ces blessés, car il faut se méfier chez eux des transfusions qui risquent de laver les derniers globules rouges et de transformer des « choqués » en « noyés » ;

3° L'anesthésie en circuit fermé, qui permet l'oxygénation du malade et la surpression. Les méthodes chirurgicales n'ont guère varié, visant à la fermeture des thorax ouverts, respectant, sauf complications ou cas spéciaux, les thorax fermés. La guerre moderne a cependant montré que les ponctions des hémothorax peuvent être pratiquées assez précocement sans danger et l'utilité parfois d'une thoracotomie pour aveugler la brèche d'une lésion pulmonaire qui cause l'emphysème médiastinal. Mais pour ces blessés inévacuables, intransportables, il faut pousser en avant les meilleurs chirurgiens.

3° *Plaies abdominales*

Les plaies abdominales dans cette guerre ont été opérées et non délaissées, du fait de la mise en position avancée de chirurgiens éprouvés, destinés à traiter les premières urgences, dans les F. C. M. les équipes mobiles. Des blessés qui auraient été jadis condamnés ont guéri en nombre impressionnant. La preuve nous en est fournie par les statistiques de Baumann et Bourgeon à la F. C. M. de Mme la Générale Catroux. La première intéresse 152 interventions : 6 % seulement de blessés non opérés ; 7,8 % de blessés reconnus incurables au cours de l'intervention ; une mortalité qui n'atteint que 44,6 %. Plus de la moitié des blessés sauvés, quelle révolution en chirurgie abdominale de guerre ! A notre F. C. M.[5], sur 41 blessures pénétrantes de l'abdomen, nous comptons 26 survies, 15 décès. Pour montrer jusqu'où vont les possibilités de guérison de ces blessés, citons le cas de ce soldat blessé dans un champ de mines à 6 h. 10 du matin, pris sous le feu allemand et qui dut, pour être évacué, se traîner en un endroit un peu plus abrité avec une énergie vraiment extraordinaire, puisqu'il présentait une éviscération intestinale impressionnante avec, en plus, une fracture ouverte du coude gauche et un séton de la cuisse gauche. Il n'arriva que douze heures plus tard, dans un état de shock épouvantable avec un T. A. à 0. Le traitement des lésions par ligature d'une brèche de l'hypogastrique, la suture transversale d'une brèche de l'iléon, la résection de 1 m. 50 d'intestin, l'extraction d'un gros caillou, permirent la survie du malade qui présenta une série de complications mais se trouvait en voie de guérison trois mois plus tard. Il faut donc traiter chirurgicalement tous les blessés de l'abdomen.

8° *Les blessures par mines*

Désordres généraux du souffle, délabrements locaux impressionnants réalisent les deux éléments de gravité de ces blessures si particulières à cette guerre.

Dans les blessures par mines anti-chars, le « blast » domine ; dans les blessures par « Schumines », une double lésion constitue la règle : arrachement ou broiement d'un pied et lésions de la jambe ou de la cuisse opposée. Le nombre des amputations unilatérales, parfois bilatérales, impressionne : 24 amputations sur 69 blessés par mines à la F. C. M[5]. Il s'agit en fait d'amputations primitives à régulariser, ou des broiements tels que les lambeaux de chair effilochés, parfois remontés par le souffle, laissent à nu un squelette disloqué au pied, fracturé, ou dénudé au tibia et au péroné. Les blessés sont criblés de plaies multiples, déterminées non pas tant par des éclats, que par du gravier, de la terre, des fragments de détonateurs, de bois, de clous, des cailloux. Par un orifice minime en apparence, le souffle a parfois injecté des paquets de terre d'invraisemblable volume. Il faut donc explorer, débrider, bourrer de sulfamides, de pénicilline et renouveler la vaccination antitétanique ou les injections de sérum.

Dans les pieds d'éléphant, gonflés d'œdème, sans plaie pénétrante, mais souvent fendillés, la radiographie décèle l'éclatement du calcanéum, parfois de l'astragale, d'autres fractures du tarse, des dislocations. Malgré les douleurs, il faut tenter de conserver ces pieds, si froids, si exsangues en apparence. Souvent on y réussira.

Alors qu'il faut éviter les transfusions si le blast domine, certains shockés en bénéficient. Mais ces blessés par mines ne peuvent, en pratique, être réanimés qu'une fois, donc, si possible, juste avant l'intervention ou en cours d'intervention.

9° *Lésions osseuses et articulaires*

Grâce aux sulfamides, à la pénicilline, la lésion osseuse par elle-même ne peut justifier l'amputation, même dans les broiements osseux. L'état actuel de la question des greffes osseuses doit rendre conservateur, même pour les pertes de substance très étendues. Pour les fragments osseux, l'attitude chirurgicale doit être plus conservatrice que jamais, le traitement sulfamidé évitant l'infection, et les esquilles se conduisant comme des greffes qui aident à la formation du cal. La table radiologique à deux ampoules a permis, à Chérigié, d'obtenir à la F. C. M.[5] de très heureuses réductions.

Quant aux plaies articulaires, si leurs principes de traitement comportent la fermeture des cas récents, le drainage des cas anciens, elles ont largement bénéficié de la chimiothérapie capable de guérir certaines arthrites purulentes.

10° *Brûlures*

La fréquence des brûlures explique les progrès dans leur traitement. Les Anglo-Américains, abandonnant le tannage, ont utilisé la chimiothérapie pour désinfecter la surface brûlée, par sulfamides ou pénicilline, immobilisant fréquemment en plâtre, réalisant précocement des greffes cutanées.

Partant de principes analogues, nous avons appliqué à nos brûlés le traitement local que nous avions préconisé pour les brûlures de l'enfant. Pas d'anesthésie nocive, pas de séances douloureuses de décapage, mais nettoyage mécanique par bains et compresses imbibées de sérum, pas de pansements, mais lésions à l'air, au besoin sous rampe chauffante, application de sulfamides en poudre, progressivement pour éviter toute intoxication. Nous avons apporté parfois des variantes à notre technique habituelle : utilisation des médicaments analgésiques liquides ou en pommade des Américains en cas de douleurs vives, pommade sulfamidée américaine lors de la chute des croûtes.

Quant au traitement général, il doit être envisagé aux deux périodes difficiles et dangereuses des grandes brûlures. Durant les premiers jours, injections intra-veineuses de plasma et de sérum, réhydratation, morphine contre la douleur. La seconde période dangereuse est celle de la chute des escarres, avec infection sous-jacente à l'escarre. Aucun traitement local ne peut atteindre cette infection. Les sulfamides par voie buccale ne donnent que peu de résultats, mais la pénicilline par injections nous a paru infiniment plus efficace, diminuant les douleurs, faisant tomber la fièvre.

La guerre a soulevé encore toute une série d'études intéressantes. Signalons, par exemple, la connaissance des pieds d'immersion, l'utilisation de la novocaïne intra-veineuse contre le choc, contre la douleur, l'intérêt de l'étude du pH des plaies et bien d'autres questions qui mériteraient d'être connues.

Aujourd'hui nous n'avons pu qu'indiquer quelques têtes de chapitres, quelques titres, que des conférences ultérieures développeront avec utilité. Mais souvenons-nous que dans ce monde en perpétuelle évolution, nous ne pouvons fixer qu'une étape du traitement médical et qu'il faudra méditer sur les caractères des armes nouvelles, de la guerre future, pour être prêts à remplir un rôle efficace. Mais souhaitons surtout qu'étudiant les acquisitions thérapeutiques dans cette guerre, nous puissions en voir l'application dans une chirurgie de paix.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 26 février 1946

Nécrologie. — Notice nécrologique sur M. Noël Fiessinger, par M. Gougerot.

Rapport de M. Brindeau, *au nom de la Commission de la Prénatalité.*

Discussion du rapport de M. Polonovski **sur le statut des laboratoires d'analyses médicales.** — MM. Bougault, Laubry, Polonovski, Jolly. — La discussion se poursuivra dans une séance ultérieure.

Sur la nécessité de créer dans les hôpitaux de Paris et de certaines grandes villes des services spécialisés de neuro-chirurgie. — M. Guillain. — Alors qu'à l'étranger, la neuro-chirurgie est considérée comme nécessitant des études préalables et une compétence spéciale, il n'existe à Paris qu'un seul service officiel et autonome et ce, grâce à la Fondation Rockefeller. En province, rien n'existe encore, parfois même manque l'instrumentation spéciale. Or un appareillage particulier et un personnel spécialement formé sont indispensables au traitement des traumatismes du crâne et de la moelle et des affections opérables du névraxe.

Dans un but pratique et aussi pour l'intérêt de la recherche, l'organisation de services spéciaux et la formation de personnel médical et hospitalier compétent sont indispensables. L'Académie, à l'unanimité, adopte un vœu en ce sens.

Action du pH. sur l'activité bactériostatique de la pénicilline. — MM. Velu, Penau et Benoist. — On connaît la relation qui existe entre l'action désinfectante des agents chimiques et le p.H. Avec du bouillon ajusté à des p.H. variant entre 5 et 8, la pénicilline a montré, vis-à-vis du staphylocoque, une activité qui croît avec l'acidité.

Tout se passe comme si l'activité *in vitro* était de 1,5 à 2,4 fois plus grande en bouillon ordinaire à p.H. 5 qu'à p.H. 7.

La pénicilline en vénéréologie. — M. le Médecin colonel Wile (de l'Armée U. S. A.).

Dans une communication très brève et très claire, M. le Professeur Wile expose la thérapeutique des maladies vénériennes actuellement adoptée par l'armée américaine. (Voir *Gazette des Hôpitaux*, 1946, n° 5, 1er mars, p. 104).

L'épidémie de fièvre récurrente en Algérie en 1944. — M. Grenoilleau (*Présentation par* M. Tanon). — De novembre 1944 à fin octobre 1945, 15.606 cas de fièvre récurrente ont été déclarés en Algérie, ce qui correspond à un nombre de cas réellement supérieur. L'épidémie, originaire du Fezzan, a atteint la Tunisie avant l'Algérie, qu'elle a mis deux mois à peine à traverser pour atteindre le Maroc. Les cas les plus nombreux se placent trois mois après le début de l'épidémie. Son caractère très extensif pose le problème d'un mode de contamination autre que le mode habituel et venant s'y ajouter. Mortalité variant entre 1,6 et 3 %, nombreuses complications : troubles digestifs, avortements, hémorragies.

Le stovarsol a été inefficace, le novarsenobenzol et le mapharsan très efficaces. La prophylaxie classique, à laquelle s'est ajouté le D. D. T., trop peu abondant, a eu son efficacité habituelle.

Choc obstétrical et hypoprotidémie. — M. Lévy-Solal. — Outre les causes complexes déjà connues, le déséquilibre protidique semble un facteur important du choc obstétrical ; dans huit cas graves, il a été observé un abaissement brusque à 70 ou 75 % de la normale, du taux des protéines. Il y a, à la fois, fuite sérique et déperdition plasmatique contre lesquelles une transfusion importante est efficace.

Election. — MM. Elliott, C. Cutler (de Londres) et Danis (de Bruxelles) sont élus Correspondants étrangers dans la Division de Chirurgie.

Déclaration de vacance d'une place de membre titulaire dans la Section de Médecine, en remplacement de M. Villaret, décédé.

Séance du 5 mars 1946

A propos du procès-verbal. — M. Polonovski.
Discussion : MM. Bougault, Debré, Jolly, Laubry.

A propos de la réfrigération du lait naturel. — Rapport de M. Lesné qui propose un vœu de la Commission du lait tendant à la vente, dans les grandes villes, du lait pasteurisé certifié en bouteilles cachetées et maintenues à + 5° tant pendant le transport que dans les locaux de vente (adopté à l'unanimité).

Sur le traitement chirurgical des fibromes utérins. — M. Mondor. — Considérant les seuls résultats de l'hystérectomie subtotale, 1.100 cas opérés n'ont donné que 5 morts dont certaines peut-être auraient pu être évitées. L'auteur insiste sur l'importance de la réparation opératoire après l'extirpation.

Recherches sur l'action cancérigène des substances colorantes : Expériences avec le jaune de beurre. — MM. G. Roussy et M. Guérin. — Le jaune de beurre est un composé azoïque capable de provoquer des cancers du foie chez les petits rongeurs par simple ingestion avec la nourriture. Chez le rat, en particulier, les auteurs n'ont pu obtenir qu'un seul cancer hépatique, mais plusieurs sarcomes cutanés après badigeonnages. Les résultats négatifs observés après ingestion de jaune de beurre, sont vraisemblablement dus à une substance inhibitrice contenue dans l'alimentation des animaux. Des expériences complémentaires s'imposent donc avant de pouvoir conclure, d'une façon précise, sur les dangers que peuvent présenter de telles substances colorantes dans l'alimentation humaine.
Discussion : M. Martel.

L'endocardite maligne, maladie curable. — M. Briskier (de New-York). — Ayant suivi un très grand nombre de cas d'endocardite d'Osler authentiqués tant par leur évolution que par les examens hématologiques et bactériologiques, l'auteur a pratiqué le traitement par la pénicilline. Celle-ci doit être employée de façon prolongée, subcontinue, et à doses très considérable, 1.000.000 U. O. ou plus par jour. A cette condition, mais à cette condition seule et moyennant un diagnostic précocement fait, on arrive à juguler l'infection à un moment où l'organisme a conservé une vitalité suffisante pour assurer à la fois la guérison totale de la maladie et le travail de la convalescence. Des résultats sont acquis et se confirment solides après plusieurs mois. Un laps de temps de trois ou quatre ans est cependant nécessaire pour qu'une guérison définitive soit acquise.
Discussion : MM. Lemierre, Laubry.

Les traitements au long cours par l'ouabaïne intraveineuse. — M. Donzelot. — Dans les insuffisances ventriculaires gauches quasi-irréductibles, l'ouabaïne intraveineuse, indéfiniment prolongée permet, on le sait, de prolonger l'existence des malades. Dans quelques cas, de plus, elle permet d'obtenir le retour à un équilibre circulatoire suffisant à la reprise d'une existence active.
Discussion : M. Laubry.

Sur deux épidémies hospitalières de dysenterie en 1944 et 1945. — MM. M. Renaud et Mme Delatre. — En juillet 1944, une semaine après un bombardement commença, à Brévannes, une épidémie disséminée et de caractères cliniques classiques : 52 cas légers et moyens, 65 graves avec 20 morts (mortalité globale 1/6) due plus à l'intoxication qu'aux lésions intestinales. L'âge des malades et leurs tares ont eu ici leur rôle.

Un an plus tard, nouvelle épidémie, de même distribution topographique et également brève — gravité analogue : 69 cas dont 22 graves avec 19 morts rapides et 3 morts après cachexie. Aucune circonstance n'avait causé ici de trouble à l'hygiène habituelle.

Les deux étés furent, tous deux, chauds et secs.

L'état général déficient a, dans les deux cas, été le principal facteur de gravité.

Bacillémie lépreuse. Affinités tinctoriales du bacille de Hansen. — M. Montel (de Saïgon). La bacillémie la plus habituelle est une bacillémie intracellulaire. Les bacilles se colorent soit par la méthode de Macchiavello qui montre quelquefois des aspects en négatif du bacille soit par le Giemsa à chaud. Il y a quelques bacilles libres et beaucoup plus de bacilles contenus dans les monocytes du sang.

Election. — MM. Benoit (de Srasbourg) et Turchini (de Montpellier), sont élus correspondants nationaux dans la division de Biologie.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 13 février 1946

Traitement des abcès du poumon par la pneumotomie en deux temps. — M. Santy montre les avantages de la méthode.

M. Monod est adversaire de la pneumotomie en un temps.

Cancer de l'œsophage thoracique. Résection de l'œsophage — anastomose œsophago gastrique intra-thoracique. Guérison. — M. Santy fait un temps abdominal de libération de l'estomac et un transpleural d'ablation de la tumeur et d'anastomose par voie droite au bouton de Villar.

M. d'Allaine insiste sur la nécessité dans la chirurgie du cancer œsophagien de faire des anastomoses immédiates.

M. Monod est passé passé deux fois par voie transpleurale droite, la troisième par le côté gauche. Il montre les avantages de la voie transpleurale.

M. Huet estime que l'anastomose immédiate est un gros progrès. La gastrostomie dans un premier temps est à éviter.

M. Santy pense que l'on sous-estime les avantages de la voie droite.

Traitement des pertes de substance des membres supérieurs. — MM. Merle d'Aubigné et Pierre Lance. — Il faut d'abord lutter contre l'infection (pénicilline) puis réparer la peau par greffe.

Le comblement de la perte de substance doit être suivi d'un montage mécanique très précis. Le raccourcissement du membre à des indications nettes, en particulier la lésion du nerf radial.

Dans les autres cas, il est préférable d'employer un greffon tibial ou iliaque. L'enchevillement central est mauvais. La greffe doit déborder de 5 à 6 centimètres sur chaque extrémité avec greffon en on-lay. Le greffon iliaque est beaucoup plus vite rehabité que le tibial.

Pour les réparations épiphysaires les auteurs ont employé à l'extrémité supérieure de l'humérus le péroné, pour la partie inférieure, un fragment trapézoïdal de crête iliaque.

M. Heitz-Boyer rappelle les avantages du greffon mort.

M. d'Aubigné le réserve aux pertes de substance limitées.

A propos de la lithiase de la voie principale — M. Delannoy.

Séance du 20 février 1946

A propos de la chirurgie du cancer de l'œsophage. — M. L. Bazy rappelant l'observation d'œsophago-gastrostomie de Lortat-Jacob et Mathey, estime qu'il faut être éclectique dans l'abord de cet organe. Près du cardia, la voie transpleurale gauche est préférable. A la partie moyenne, la voie droite est préférable. En ce cas un temps abdominal est nécessaire. On ne pourra avoir des résultats très intéressants que lorsque les malades seront vus plus tôt. Sur 36 malades, 6 exérèses seulement avec rétablissement de la continuité ont pu être faites. Tous siégeaient près du cardia, sauf un. Un seul a survécu.

Au sujet de 40 plaies cervicales de guerre. — MM. Aboulker, Paillard et Ottombre. — Rapport de M. J. Gosset. Les auteurs insistent sur l'importance des larges voies d'abord. Ils préconisent la résection de la carotide primitive associée à la résection du sympathique et de la ligature de la jugulaire.

Traitement de l'ostéomyélite aiguë par la pénicilline. — MM. Leveuf et Laurence. — Il s'agissait de malades ayant eu un début aigu traités par plâtre et pénicilline. 100.000 unités par jour (1 million d'unités). Des sulfamides ont été associées. Sur 54 cas, mortalité 1,50 %. 28 % ont guéri sans abcès. Sur 7 cas présentant des phénomènes généraux inquiétants avec hémoculture positive (auxquels un huitième peut être joint, six fois des hémocultures sont devenues négatives).

L'action de la pénicilline sur la fièvre est aléatoire. 45 % des abcès ont guéri très simplement. La pénicilline avait sans doute joué un rôle dans leur stérilisation.

Presque tous les abcès périfémoraux ont guéri sans abcès, à peine la moitié des abcès péritibiaux.

En conclusion l'auteur estime que le rôle de la pénicilline n'est pas absolument évident. Il n'y a, de plus, aucun rapport entre la précocité du traitement et son résultat. La fréquence relative des suppurations avortées ne suffit pas à conclure en faveur de l'action de la pénicilline.

Il serait intéressant d'essayer la perfusion de pénicilline dans la moelle de l'os atteint, à la faveur d'une très petite trépanation.

M. Sorrel estime qu'il est un peu tôt pour se prononcer sur l'action de la pénicilline. Il estime que l'action immédiate à la phase précoce peut être très nette.

M. J. Quenu communique un exemple qui paraît démonstratif de l'action du plâtre et de la pénicilline.

M. de Fourmestraux a traité 10 malades par plâtre et pénicilline intra-artérielle.

M. Boppe relate l'histoire d'une septicémie à staphylocoque qui, malgré 7 à 8 millions d'unités de pénicilline, mourut.

M. Fèvre estime que, dans certains cas, la pénicilline agit sur l'état général. Chaque fois que le médicament peut être apporté localement, l'effet est meilleur.

Action de la pénicilline sur l'ostéomyélite aiguë. — MM. Goinard, Brincat et Stelhart ont été satisfaits de son action.

Greffe de peau totale dans un scalp du cuir chevelu. — M. Chevillotte.

Appareil pour prélever les greffes de peau subtotales. — M. J. Gosset.

Séance du 27 février 1946

Reconstruction faciale. Reconstruction des doigts. Nouvelle méthode de greffes de peau. — M. Gabarro présente les résultats qu'il a obtenus à Manchester pendant la guerre. L'auteur a utilisé tous les procédés de greffes pour reconstituer des lèvres, des joues, des nez, ou des doigts. De nombreuses photographies illustrent cette importante communication. Il préconise, en particulier, l'utilisation des greffes libres appliquées sur un papier gras et découpées en carré ; on obtient ainsi une répartition très régulière des greffes.

Traitement de la névralgie faciale. Technique et résultats de la coagulation élective du ganglion de Gasser. — M. Grinda. — M. Sicard montre la technique mise au point par l'auteur qui repère géométriquement le trou ovale au moyen d'un étrier et de radiographies. Le procédé a été utilisé dans 100 cas ; l'auteur a observé quelques accidents oculo-paralytiques et des récidives. M. Sicard n'a jamais eu recours à la méthode de Kirschner, mais n'y est pas opposé et considère que le procédé de M. Grinda donne une sécurité considérable. Les récidives peuvent s'observer même après section chirurgicale du ganglion de Gasser.

Séance du 6 mars 1946

Sur les luxations tarso-métatarsiennes. — M. Huet en a observé 3 cas et discute le rôle de la traction du long péronier latéral sur le premier métatarsien qui n'est plus bloqué par la cale du deuxième métatarsien.

Luxation du métatarse. — M. Delannoy.

Luxation du métatarse. — M. Nordman. — M. Kuss, rapporteur, admet le rôle de l'effondrement de la voûte plantaire par les bases des quatre derniers métatarsiens. Le rôle des muscles de la plante du pied lui paraît secondaire.

Un cas de disjonction traumatique atypique du pied. — M. Zagdoun. — M. Kuss, rapporteur.

M. Mathieu estime qu'une luxation du métatarse doit être réduite car l'adaptation fonctionnelle est en règle médiocre en l'absence de réduction. M. Mathieu utilise assez souvent des arthrodèses ou une fixation par fil pour maintenir la réduction.

Dysembryome cervical à point de départ thyroïdien chez un nouveau-né. — MM. Lantuéjoul et Truffert soulignent la gravité de ces tumeurs dès qu'elles dépassent une certaine dimension.

Deux nouveaux cas de sinus péricranii. — M. Fèvre précise la technique qu'il a utilisée au cours de ses deux interventions.

Occlusion congénitale par atrésie des colons. Iléostomie. Rétablissement de la perméabilité colique. — M. Salmon montre que le colon peut se perméabiliser en quelques jours. On ne doit donc pas faire d'anus terminal au-dessus de la partie atrésiée, mais un anus latéral et mettre tout en œuvre pour dilater le colon.

Perforation de la face postérieure du duodénum. — M. Huguier.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er février 1946

Thrombo-phlébite double des sinus caverneux. Etat septicémique vomito negro. Guérison par la pénicilline. — MM. Corcos et Matéri (Tunis).

Pyo-pneumothorax putride. Traitement par la pénicilline. Guérison. — MM. Nicaud, Laffitte et Cirilli. — Traitement au huitième jour par pénicilline :

1° par voie intra-musculaire ; 2° par voie intra-pleurale après thoracentèse. Amélioration très rapide. Modifications des flores aérobie et anaérobie en quelques jours : perte de la fétidité du pus pleural le quatrième jour, sa transformation en pus amicrobien.

Abcès du poumon. Traitement par la pénicilline. — MM. Nicaud, Laffitte et Dessertenne. — Apparition d'un abcès du poumon gauche chez un malade ayant quatorze mois auparavant présenté un abcès du poumon droit. Le traitement par la pénicilline intra-musculaire est entrepris après échec du traitement sulfamidé. Amélioration de l'état général et modifications radiologiques rapides. Aucun changement dans l'opacité apicale reliquat du premier abcès.

Fièvre typhoïde suivie de 4 rechutes. Antécédents identiques chez la mère du malade. — MM. Léchelle et Lamy. — Observation d'un garçon de 19 ans, chez qui, après une fièvre typhoïde classique à bacille d'Eberth, évoluèrent quatre rechutes reproduisant la maladie initiale. Les auteurs rapportent l'absence d'immunité à une prédisposition héréditaire, la mère du malade ayant présenté en 1914 une fièvre typhoïde qui fut suivie de quatre rechutes.

Ictère hémolytique acquis, syphilitique avec anémie intense guéri par les arsénones. — MM. Dupuy, Borniche et Baufle.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 19 février 1946

Adénite inguinale suppurée consécutive à une vaccination par le B. C. G. par scarification cutanée. — M. Blechmann. — Présentation de malade. Ce cas rentre dans les cinq ou six actuellement connus.

Incontinence du sphincter anal. — M. E. Sorrel présente une fillette de 14 ans atteinte d'incontinence anale due à une parésie du sphincter consécutive à la persistance d'un cerclage métallique pour prolapsus du rectum. Cette intervention remontait à 12 ans et il a suffi d'enlever le corps étranger pour voir disparaître l'incontinence. L'auteur discute à ce propos l'utilité du cerclage dans le traitement des prolapsus du rectum.

Maladie d'Albers-Schonberg. — M. Lamy, Mlle Jammet, MM. Paley et Mendelssohn présentent à nouveau un enfant dont l'observation avait été rapportée par M. Cathala. Depuis lors, l'enfant a eu plusieurs fractures spontanées ; les déformations se sont accusées et la maladie a atteint le maxillaire supérieure. La radiographie montre toujours les strates parallèles caractéristiques. Enfin la rate a notablement augmenté de volume.

Chancre d'inoculation tuberculeux de la gencive. — MM. Lelong et Dechaume présentent un enfant atteint, depuis décembre 1945, d'une ulcération gingivale en feuillet de livre avec grosse adénopathie concomittante attribuée à tort à une cause dentaire. L'ablation de la dent incriminée n'amena aucune amélioration et montra qu'elle était saine. En réalité, la pâleur et l'aspect de l'enfant, l'adénopathie persistante firent penser à la tuberculose et pratiquer une cuti-réaction. Celle-ci fut fortement positive. Les auteurs discutent la pathogénie de cet accident.

Un cas d'emphysème bulleux. — M. Brissaud rapporte l'observation d'un nourrisson chez qui la radiographie montra, au cours d'un état fébrile datant d'un mois, un emphysème bulleux. Cet enfant fut suivi pendant plus de deux ans et pendant ce temps on observa un remaniement perpétuel des bulles et des images radiologiques. L'enfant est actuellement guéri.

Le poids dans la pneumonie franche aiguë. — M. Thieffry montre l'intérêt primordial de la courbe de poids dans le diagnostic de la pneumonie. Le poids augmente pendant toute la période fébrile ; la crise pondérale suit de quarante-huit heures la crise thermique. Il n'en est pas de même des autres pneumopathies où le poids marque d'emblée une chute.

Polylethalité néo-natale. Importance du facteur Rhésus. — M. Christiaens (de Lille).

Traitement de l'asthme par l'acide ascorbique lévogyre. — M. Meynadier, (de Limoges), ayant remarqué l'absence d'acide ascorbique, dans les urines de nourrissons asthmatiques, a eu l'idée de les traiter par des injections de vitamine C et a vu disparaître les crises par ce traitement.

Maladie ostéogénique. — MM. Levesque et Bonduel. — Présentation de malade.

De la mort rapide et imprévue du nourrisson. — MM. S. Marie, Seringe et Mme J. Marie insistent sur l'embolie bronchique de caillots de lait et montrent, par une série de documents anatomo-pathologiques, la pénétration du lait dans les bronchioles et les alvéoles. Ils ont pu reproduire expérimentalement le syndrome chez le cobaye. Ils discutent enfin son importance réelle en pédiatrie.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Séance du 17 décembre 1945

Torsion des fibromes utérins corporeaux. — M. E. Godlewski (Avignon).

La dicoumarine en chirurgie. — M. P. Ulrich revient sur la médication anticoagulante par la dicoumarine dont il fait l'historique, depuis sa découverte en 1903, jusqu'à son introduction dans la thérapeutique des thrombophlébites et des embolies.

Dans sa pratique, M. Ulrich emploie la dicoumarine chaque fois qu'il y a lieu de craindre une complication veineuse postopératoire comme traitement préventif, abortif et curatif. Sous forme de dragées de 100 mgr., à raison d'une prise massive unique de 6 dragées le quatrième ou le cinquième jour après l'opération, moment où l'hémostase opératoire est déjà acquise. L'action anticoagulante est en plein rendement après quarante-huit heures et dure de huit à dix jours. A ce moment, une nouvelle prise de 600 mgr. s'impose pour peu que l'état clinique et hématologique présente encore quelque insécurité au point de vue d'une éclosion possible d'une complication veineuse. Manié correctement, le médicament est pratiquement à peu près inoffensif. Son antagoniste est la vitamine K dont l'emploi semble indiqué concuremment avec la dicoumarine dans certains cas.

Les engraissements du type hyperfolliculinique. — M. Audit (Bordeaux). — L'auteur souligne l'erreur qui consiste à donner sytématiquement de la folliculine aux obèses qui sont souvent hyperfolliculiniques.

L'obésité avec hypersécrétion hypophysaire — MM. Claude Beclère et H. Simonnet. — Depuis de nombreuses années, en présence d'une obésité chez une jeune fille ou une femme ayant des règles insuffisantes ou absentes, on porte le diagnostic d'obésité par insuffisance ovarienne. L'étude attentive de l'obésité chez les jeunes filles avec aménorrhée hyperhormonale, de l'obésité au cours de la grossesse, de l'obésité dans la période des troubles hormonaux préménopausiques et de l'obésité postménopausique montre, au contraire, que dans la grande majorité des cas le fait physiologique dominant est l'hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse. L'augmentation mesurée dans tous ces cas de la sécrétion gonadotrope est un témoin précis de l'activité accrue de l'hypophyse.

NOTES POUR L'INTERNAT

DIAGNOSTIC DES HÉMOPTYSIES

L'hémoptysie est toujours un symptôme alarmant, parfois dramatique, motivant volontiers un appel d'urgence. Le diagnostic peut en être évident, mais, souvent, cela n'est point le cas. Des examens cliniques, radiologiques, bactériologiques, parfois même bronchoscopiques réitérés peuvent s'imposer.

Diagnostic positif

Le diagnostic positif ne comporte aucune difficulté. Souvent alerté par un peu d'oppression et d'angoisse, par un chatouillement laryngé et une saveur âcre dans la bouche, le malade expectore, au milieu d'une quinte de toux, une certaine quantité

de sang rouge, aéré, spumeux. Cet accident se répète une ou plusieurs fois dans les heures qui suivent, puis tout rentre dans l'ordre ; les jours suivants le malade continue d'émettre quelques crachats teintés de sang noirâtre, c'est la « queue de l'hémoptysie ».

Une hémoptysie très abondante s'accompagne de signes de grande hémorragie interne. Dans ces cas, le sang est souvent presque pur, l'accident se termine souvent par une syncope. L'hémoptysie peut être foudroyante.

Il existe, à l'opposé, des hémoptysies très peu abondantes, tout se bornant à un crachat noirâtre, à un mélange de sang et de mucus. De telles hémoptysies peuvent ne pas inquiéter le malade, parfois seul un interrogatoire, fait très longtemps après, les retrouve. Un fait est certain : ces petites hémorragies ont la même valeur sémiologique que les précédentes, elles justifient des examens cliniques et para-cliniques tout aussi rigoureux.

Diagnostic différentiel

Les *fausses hémoptysies* se voient journellement : ce sont des épistaxis postérieurs dégluties, des ruptures de varices linguales, de petites hémorragies gingivales souvent mêlées de salive. Les erreurs sont faciles à commettre, dans le cas de petites hémoptysies. Un examen minutieux des fosses nasales et du pharynx sera souvent utile, il ne révèle d'ailleurs pas toujours grand'chose, la lésion saignante est si souvent minime, déjà cicatrisée. Notons que ces fausses hémoptysies n'ont que très rarement un point de départ laryngé.

L'*hématémèse* peut se discuter dans le cas de ces hémoptysies abondantes, s'accompagnant d'angoisse et surtout d'efforts nauséeux ; une hémoptysie peut, du reste, être partiellement déglutie, donner lieu secondairement à du méléna et même à des vomissements chargés de caillots. Les antécédents peuvent manquer, aussi bien digestifs que respiratoires. L'absence de queue de l'hémoptysie est une forte présomption en faveur de l'hématémèse. Mais il est parfois très difficile de faire rétrospectivement le diagnostic.

Les *crachats teintés* par autre chose que du sang sont faciles à reconnaître, en cas de doute le laboratoire trancherait.

Il faut penser à la *simulation*, dans certains milieux, et pour la dépister, une mise en observation prolongée peut être indispensable. On sera d'autant plus prudent pour l'affirmer qu'il existe beaucoup d'hémoptysies apyrétiques, avec excellent état général, que les examens les plus soigneux ne trouvent pas toujours l'origine du sang du premier coup. Le simulateur possède bien des chances de bénéficier du doute, puisqu'on ne saurait lui imposer une endoscopie exploratrice. Un sujet qui réclame spontanément une bronchoscopie est certainement sincère.

Diagnostic étiologique

Le diagnostic étiologique est évident, lorsque l'hémoptysie succède à un traumatisme du thorax, à une ponction pleurale, une insufflation de pneumothorax, un corps étranger des voies aériennes inférieures : ceci n'a aucun intérêt

Des hémoptysies peuvent s'observer au cours d'une maladie générale hémorragipare : ictère grave, purpura infectieux, etc. Le cas est exceptionnel : ces malades font des épistaxis, des hémorragies cutanées, digestives, des hématuries, mais ne font que tout à fait rarement des hémoptysies. Nous n'y insistons pas davantage.

Dans l'immense majorité des cas, l'hémoptysie est symptomatique d'une affection broncho-pulmonaire ou cardio-vasculaire. C'est dans ce domaine limité que vont, par conséquent, porter les investigations.

On pourra se laisser guider, dans une certaine mesure, par la notion de fréquence. Les hémoptysies peuvent se voir au cours des affections aiguës banales de l'appareil respiratoire : trachéites, bronchites, congestions pulmonaires, pneumonies et broncho-pneumonies. Cette éventualité est extrêmement rare, sauf toutefois dans les complications broncho-pulmonaires de la grippe.

De même, les hémoptysies sont très rares dans les abcès aigus.

Le cercle des affections hémoptoïsantes est donc relativement restreint. Les unes sont très fréquentes, ce sont, avant tout, la tuberculose, puis les affections cardio-vasculaires et le cancer, le autres sont beaucoup plus rares et nous ne les envisagerons qu'après avoir éliminé formellement les premières.

1° *La tuberculose* domine tant l'étiologie des hémoptysies, en nos régions, que c'est vers elle qu'on dirige toujours les premières investigations. L'hémoptysie s'observe à toutes les phases et dans toutes les formes de la maladie. Lorsqu'elle survient chez un malade déjà connu et suivi comme tuberculeux, elle pose surtout un problème de pronostic : on se demande alors si elle marque ou non une poussée évolutive, si elle annonce une extension, une bilatéralisation, si elle n'exige pas une décision thérapeutique précise, telle que la création d'un pneumothorax : ceci déborde du cadre de notre sujet. Si l'on s'en tient au problème du diagnostic, c'est plutôt l'hémoptysie révélatrice, l'accident d'alarme, qui doit retenir notre attention. Qu'elle soit importante ou minime, elle justifie une étude serrée des antécédents, la recherche d'une affection anergisante, d'une contamination possible, des signes d'imprégnation tuberculeuse, des examens sthétacoustiques et radiologiques soigneux ; bien entendu, c'est la recherche du BK qui constitue l'élément essentiel d'un diagnostic pas toujours évident. L'expérience montre que l'expectoration hémoptoïque est souvent bacillifère.

2° Le *cancer*, dont nous savons aujourd'hui la fréquence accrue, se révèle, lui aussi, souvent, par un accident hémoptoïque. Peu importe l'aspect de cette hémoptysie, le crachat gelée de groseille décrit jadis est rarissime ; peu importe aussi que le crachat soit accompagné ou non de débris tumoraux. Le plus souvent, l'hémoptysie cancéreuse est tout à fait banale. On doit se méfier du cancer, parce que le malade a dépassé la quarantaine, se plaint de douleurs, de dyspnée, hors de proportion avec des signes physiques volontiers discrets, parce qu'il existe souvent une note d'irritation médiastinale, parce que les aspects radiologiques diffèrent de ceux qu'on observe habituellement dans la tuberculose et parce que la recherche du BK reste négative. L'exploration endoscopique joue un rôle de tout premier plan dans le dépistage du cancer débutant.

3° Les *suppurations* subaiguës et chroniques sont aussi une cause assez fréquente d'hémoptysie. L'hémoptysie annonce parfois la vomique. Il faut se méfier par ailleurs d'un cancer infecté, camouflé sous le masque d'une gangrène localisée ou d'un abcès subaigu.

La dilatation des bronches mérite d'être soulignée comme affection hémoptoïsante. Dans les formes typiques, le diagnostic est relativement facile, grâce à l'expectoration caractéristique. Dans les formes hémoptoïques sèches, c'est la bronchographie lipiodolée qui rattachera les hémoptysies répétées à leur cause. Chez certains malades de ce genre, l'endoscopie a pu révéler, d'ailleurs, un état particulièrement congestif, presque télangiectasique, de la muqueuse.

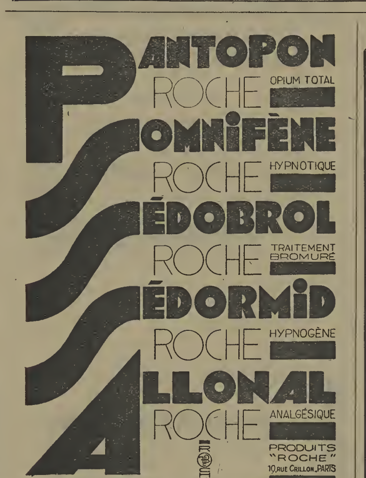
4° Les autres pneumopathies chroniques non tuberculeuses peuvent être, parfois, invoquées : c'est ainsi qu'on a pu observer, à titre exceptionnel, des hémoptysies dans les scléroses pulmonaires, par exemple chez d'anciens gazés, dans les mycoses, les pneumoconioses, la syphilis broncho-pulmonaire : de tels diagnostics ne doivent être invoqués qu'après avoir éliminé avec certitude la tuberculose. On a même pu voir des hémoptysies dans les kystes gazeux du poumon, dans les kystes hydatiques : il suffit d'en connaître la possibilité. Parmi les parasitoses, il faut citer notamment la spirochétose bronchique de Castellani, dont le diagnostic se fait par le laboratoire.

5° Plus intéressantes que ces causes rares sont les *causes cardio-vasculaires*, qu'on observe journellement. Les affections embolisantes, telles que les phlébites périphériques, les endocardites infectieuses, les artérites syphilitiques doivent toujours être recherchées. Les hémoptysies par infarctus sont parfois annoncées par une violente douleur, elles sont souvent de sang pur, noirâtres, réglisse et possèdent donc une certaine individualité clinique. Les hémoptysies du rétrécissement mitral sont bien connues, elles frappent souvent les femmes jeunes, chétives, à l'état général déficient, si bien que la confusion avec la tuberculose a pu être observée : il suffit de s'en méfier.

6° Reste le chapitre des hémoptysies d'origine purement *bronchique* ou *trachéale*. Les modernes ont insisté sur l'importance de l'exploration endoscopique, seule capable de découvrir presqu'à coup sûr la lésion saignante. Cette lésion n'est pas toujours un cancer débutant ; ce peut être un granulome, un polype, un kyste muqueux, une de ces tumeurs glandulaires (épistomes, tumeurs mixtes, adénomes proprement dits) dont la fréquence est plus grande qu'on ne le croyait encore récemment. Il s'agit parfois encore de lésions tuberculeuses ou syphilitiques, ou surtout de lésions superficielles banales : varices, ulcérations, taches congestives et hémorragiques, petites télangiectasies localisées, petits angiomes, lésions tantôt restreintes, tantôt diffuses, permettant de parler de trachéo-bronchite hémorragique. Sans vouloir exagérer l'importance de ce chapitre, il faut reconnaître qu'il explique une grande partie de ce qu'on appelait jadis les hémoptysies cryptogénétiques.

Conclusions

Il n'est pas question, à propos de chaque malade, de passer en revue toutes les causes possibles d'hémoptysie. Ce qu'il faut surtout, c'est suivre une ligne de conduite rationnelle.


PANTOPON
ROCHE OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


INNOVATIONS
innothéra
THÉRAPEUTIQUES
MUCINUM
LAXATIF DOUX
1 à 2 comprimés par jour
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

Le diagnostic d'une hémoptysie comporte actuellement cinq étapes :

a) *Etape clinique.* — Lorsqu'on assiste à l'hémoptysie, ou si l'on voit le malade aussitôt après l'accident, il faut juger de la quantité du sang et de l'aspect de celui-ci. On peut toujours faire une auscultation antérieure et un examen cardio-vasculaire ; il faut parfois attendre plusieurs jours avant de pouvoir se livrer à un examen plus complet. Lorsqu'on ne voit le malade que quelques jours après l'accident, il faut d'abord établir la réalité de l'hémoptysie : nous avons vu que ce n'est pas toujours facile.

b) *Etape radiologique.* — En général, l'examen radiologique n'est pas possible avant plusieurs jours. On peut ainsi trouver une image de foyer, une zone opaque. Si elle siège près des hiles, l'interprétation peut en être délicate. La découverte d'une telle image ne présume d'ailleurs nullement de sa nature.

On sera souvent obligé de recourir à des techniques spéciales : tomographie, bronchographie lipiodolée. Ce sont les soupçons levés par l'examen clinique qui en préciseront les indications.

Certains aspects radioscopiques ont pu, parfois, orienter à eux seuls, un diagnostic difficile : une image d'emphysème localisé, d'atélectasie, un balancement médiastinal, etc., qui feront penser à une obstruction bronchique partielle ou totale.

c) *Etape de laboratoire.* — La recherche du BK dans le sang, ou à défaut dans les crachats, doit toujours être entreprise. Il faut quelquefois la réitérer, faire des homogénéisations, des inoculations au cobaye, ne pas négliger la recherche du BK dans le liquide de tubage gastrique. Indépendamment du BK, le laboratoire mettra parfois sur la voie d'une parasitose.

d) *Etape* O. R. L. pour éliminer les fausses hémoptysies, nous n'y revenons point.

e) *Etape endoscopique*, enfin, qu'il ne faut pas imposer à tous les malades systématiquement, mais que l'on doit envisager dans le cas d'une hémoptysie abondante sans cause apparente, dans celui d'hémoptysies non expliquées et qui se répètent toutes les fois, enfin, que l'on soupçonne une tumeur maligne possible ou tout simplement une obstruction bronchique donnant des signes radiologiques. On pourra voir la lésion, faire une biopsie, parfois un traitement local, exérèse, cautérisation, dans d'autres cas on profitera de l'endoscopie pour faire un prélèvement de sécrétion *in situ* ou une injection de lipiodol.

Dans ces conditions, les hémoptysies non expliquées doivent devenir bien rares.

Et surtout, on évitera bien des erreurs désastreuses. Il est lamentable d'envoyer, par erreur, un non tuberculeux au sanatorium, comme cela s'est vu, il est encore plus grave de méconnaître une tumeur bronchique encore opérable, ou de rassurer trop vite un malade sous prétexte d'examens négatifs. Il est aujourd'hui possible de dépister et de localiser l'origine d'une hémoptysie avec autant de précision qu'on le fait pour une hématurie.

Pierre-Louis Klotz.

CHRONIQUE

RÉCEPTION A L'ACADÉMIE FRANÇAISE DE M. PASTEUR VALLERY-RADOT

(21 février 1946)

La destinée n'a pas voulu que Pasteur Vallery-Radot occupât le 17e fauteuil qui fut, en 1881, celui de son aïeul, Louis Pasteur, Appelé à remplacer un romancier, Estaunié, dont l'œuvre si estimée qu'elle soit est cependant bien éloignée des recherches scientifiques qui lui sont familières, Pasteur Vallery-Radot a eu du moins, la satisfaction d'être reçu par un médecin et un ami, notre éminent confrère Georges Duhamel. Personne n'était plus qualifié pour accueillir le nouvel élu et pour rendre en même temps un reconnaissant hommage à celui qui, il y a cinquante ans, s'éteignait après avoir été le plus grand bienfaiteur de notre pauvre humanité.

La réception de M. Pasteur Vallery-Radot a été particulièrement brillante : le monde scientifique et universitaire, le monde diplomatique, les confrères dont Pasteur Vallery-Radot fut le chef dans la Résistance étaient représentés sous la Coupole. On remarquait parmi ses collègues de l'Institut : MM. H. Vincent, G. Bertrand, Ramon, Jolly, Laubry, Binet, André Siegfried, le duc de Broglie, le prince Louis de Broglie, René Leriche, le recteur Roussy. L'Académie de médecine était aussi représentée par son président, M. Rouvillois, par MM. Baudouin, Bezançon, Chevassu, Guillain, Lemierre, Mondor, Veau, Tréfouël, Polonovski, Dujarric de la Rivière, Serge Gas. Parmi les confrères : Mme Bertrand-Fontaine, MM. Moreau, de Gennes, Nicaud, Delay, Justin-Besançon, Mme Sorrel-Déjerine et bien d'autres que je m'excuse de ne pouvoir nommer.

M. Bidault, ministre des Affaires étrangères, et plusieurs personnalités du monde diplomatique assistaient à la séance.

Au bureau, l'amiral Lacaze, directeur en exercice, présidait, assisté de MM. Georges Duhamel et Leroy, tandis que le nouvel élu avait pris place entre ses deux parrains : M. Georges Lecomte, qui occupe précisément l'ancien fauteuil de Louis Pasteur, et M. François Mauriac.

Les premiers mots du récipiendaire lorsqu'il prit la parole pour son « remerciement » furent un hommage ému rendu à la mémoire de celui dont le souvenir était plus vivant que jamais dans cette enceinte :

« Il me semble en cet instant, dit-il, voir se projeter devant moi l'ombre tutélaire de mon aïeul, un de vos membres les plus glorieux, savant parmi les plus prodigieux, écrivain parmi les plus classiques, patriote parmi les plus ardents, qui ne cessa d'inspirer mes rêves et de guider mes actes depuis mon enfance jusqu'au jour où, par je ne sais quelle faveur du sort dont je me sens bien indigne, vous m'avez ouvert les portes de ce temple de la Pensée, lieu de confluence depuis trois siècles de tout ce que l'intelligence française produit d'admirable. »

L'orateur, faisant allusion aux luttes que Pasteur eut jadis à soutenir à l'Académie de médecine, constate que les savants aujourd'hui mettent moins de zèle à soutenir leurs convictions scientifiques. « Je le regrette, dit-il, j'estime que c'est le droit et le devoir de l'homme qui pense de mettre de l'ardeur dans la défense de ses opinions. La vie n'a de valeur que si elle est un feu sans cesse renaissant... »

On a beaucoup remarqué une allusion faite ensuite par Pasteur Vallery-Radot, aux « oublis » de l'Académie. M. René Vallery-Radot, son père, fut précisément victime d'un de ces « oublis », alors que son élection eût honoré l'Académie.

Pasteur Vallery-Radot, en abordant l'étude de l'œuvre de son prédécesseur, déclare qu'il aime les lettres et qu'il a le culte de la langue française. Bien qu'il ne soit généralement pas un lecteur de romans, il reconnaît que l'œuvre d'Edouard Estaunié a une portée qui mérite, en ce moment, qu'on s'y arrête. Estaunié a, en effet, posé la question de l'éducation. M. Pasteur Vallery-Radot l'étudie à son tour :

« Le premier devoir pour une nation est d'éduquer sa jeunesse, non pas de la former dans un moule national à l'instar des nazis et des fascistes, mais de lui inculquer les principes humains de droiture, d'honneur, de dignité. La France issue de la Résistance, cette France qui a eu pour la délivrer des hommes dont la force était dans le caractère indomptable, doit avoir pour principal souci la formation en ses enfants de l'être moral. Depuis l'école primaire jusqu'à l'université, il faudra que l'on s'évertue, non seulement à donner l'instruction, mais encore à façonner les caractères.

« La soumission résignée de certains Français après le désastre de 1940, ce vil abandon n'a pas d'autre origine qu'une absence de la force d'âme que peut faire acquérir l'éducation seule.

« Ce qui fait la grandeur d'une nation, c'est sa résistance aux puissances de destruction, qu'elles viennent de l'extérieur ou de l'intérieur. Ce qui lui donne sa vitalité, c'est un idéal qui enflamme sa jeunesse. Ce qui lui confère sa dignité, c'est chez ses citoyens la notion du devoir, le sens de la responsabilité collective et, au-dessus de tout, le sentiment de fierté nationale.

« Que ceux qui ont la charge de l'enseignement s'inspirent de ces principes pour lesquels sont tombés, sur les champs de bataille d'Afrique, d'Italie, de France et d'Allemagne, et devant les poteaux d'exécution, tant de Français qui étaient l'âme véritable de la France... »

Et, analysant l'œuvre de son prédécesseur, œuvre bien française qui nous rappelle une période de vie ardente et passionnée pour les belles choses et les grandes idées, la pensée de l'orateur se reporte vers cette époque...

« Epoque heureuse où la personnalité humaine pouvait se développer et s'épanouir librement sans que des entraves de toutes sortes la rendissent esclave et découragée, où la vie était douce et les mœurs aimables et je ne sais quoi de suave flottait dans l'air qu'on respirait avec amour, où l'on était attentif au moindre battement de son cœur, à tel point que l'on se serait volontiers répété ces paroles d'Emerson : « Quelle satisfaction de penser que mon état d'âme, en ce moment, peut être nouveau dans l'univers, qu'à cette heure mes émotions peuvent être uniques et sans exemple dans l'éternité entière de l'être moral ! » Epoque bénie où les jours étaient faits de joie, perpétuellement renouvelée, où l'on s'enchantait de la diversité de la vie, où l'on ne cessait de désirer, ne sachant si l'avenir ne cachait pas sous ses ailes repliées le rêve ébauché. On avait le goût d'aimer et le loisir de penser. Ah ! les douces années qui ont précédé le premier drame !

« ... Combien notre monde est différent ! Tout ce qui faisait le charme de l'existence a disparu. Droit, justice, liberté, respect de la vie, tous les grands principes dont s'honorait l'humanité ont été foulés aux pieds. La dure réalité qui se dresse devant nous ne nous laisse guère la possibilité, comme le faisait Estaunié, de rêver au mystère de la destinée.

« Mais est-ce raison pour se laisser aller à la désespérance ? Tant qu'il y aura sur la terre un rayon de soleil et des arbres où se joue la lumière dans l'émotion du jour naissant ou dans la mélancolie du crépuscule, tant qu'il y aura des harmonies de sons, de lignes et de couleurs, tant qu'il y aura des cerveaux humains pour inventer des pensées et des expressions nouvelles, la vie vaudra la peine d'être vécue... »

Pasteur Vallery-Radot, qui ne désespéra jamais de la France, s'écrie : « Nulle action, nulle pensée, nulle émotion n'est stérile. Nulle vie, nulle mort n'est vaine : la résurrection de la France en ces dernières années en est l'émouvante preuve.

« Même aux moments les plus sombres de la guerre de Cent ans, la France n'avait glissé aussi profondément dans l'abîme. Cependant le miracle s'accomplit ; la France, foulée aux pieds et bâillonnée, se releva et sa voix, à nouveau, se fit entendre. Ce redressement s'effectua parce qu'un homme se trouva qui n'accepta pas que la France pût mourir... »

Et c'est par une fervente affirmation d'espoir dans l'avenir de notre pays que termina l'orateur au milieu d'applaudissements chaleureux.

Réponse de M. Georges Duhamel

Renonçant à une vieille coutume académique qui condamne le récipiendaire à recevoir quelques traits aussi spirituels, sans doute, qu'acérés, M. Georges Duhamel préfère saluer dans son nouveau confrère le digne descendant de celui « qui figure au nombre des plus grands hommes de tous les temps ».

« Pour ce que vous avez reçu et ce que vous avez fait le monde peut, Monsieur, vous réserver considération et reconnaissance. La vigueur d'une lignée s'épuise assez vite dans la dévorante fournaise de nos sociétés modernes. Il nous est agréable de penser, en vous recevant aujourd'hui, que la sève bouillonne depuis longtemps dans une belle famille française après les plus rayonnantes floraisons... »

M. Duhamel s'attache ensuite aux travaux personnels de Pasteur Vallery-Radot, il salue en lui « l'éditeur » des œuvres de Pasteur. Puis il parle des belles recherches de son nouveau confrère ; il cite le magnifique exemple de travail d'équipe qu'il a donné. « La médecine, dit-il, tire un grand profit d'une telle discipline. Elle appelle, pour la moindre de ses entreprises, une théorie de spécialistes. L'observation clinique, elle-même, si l'on veut qu'elle soit féconde, comporte la collection d'un grand nombre de faits. De telles conditions justifient et même exigent la formation d'équipes dévouées qui travaillent sous un bon Maître... »

Le bon Maître, M. Pasteur Vallery-Radot l'est, dans toute l'acception du mot. Il a invité à plusieurs reprises, à l'exemple de Charles Nicolle, ses amis à parler dans sa chaire, ce qui est une forme de travail en équipe. Il n'a pas reculé devant les fonctions administratives en présidant le Conseil d'administration de l'Institut Pasteur, à l'exemple de Charles Nicolle qui fut, « jusqu'à la fin de sa vie, un chercheur opiniâtre et un administrateur habile ». L'exemple venait de haut : Pasteur n'a-t-il pas rempli, pendant deux ans, les fonctions de secrétaire perpétuel de l'Académie des Sciences ? « Voilà qui pourrait, Monsieur, nous donner à réfléchir. L'homme qui a le grand honneur de vous recevoir aujourd'hui a déjà connu les devoirs de la *perpétuité provisoire*. Louis Pasteur nous a donné des vues sur ce que nous pourrions, avec l'agrément de MM. les Physiciens, appeler la *perpétuité restreinte*... »

Et après avoir rappelé les services rendus par Pasteur Vallery-Radot comme médecin, homme de laboratoire, professeur, administrateur, voyageur infatigable, conteur charmant, M. Georges Duhamel ajoute :

« Vous arrivez ici, Monsieur, ayant alertement gravi les pentes de la montagne. Vous voici chargé de titres et d'honneurs. Vous venez d'accomplir des missions qui sont des ambassades. Vous avez reçu des couronnes, des diplômes et des dignités. Vous avez enseigné dans des chaires illustres, vous avez publié de beaux ouvrages et rempli de hautes fonctions. Quelque chose me dit pourtant que, de toute cette vie si riche et si pleine, les jours, les mois, les saisons que vous vous rappellerez avec la plus poignante émotion, ce sont les jours, les mois, les saisons que vous avez consacrés à la libération de notre patrie. »

F. L. S.

INTERETS PROFESSIONNELS

Conseil départemental de l'Ordre des Médecins

Election du 3 mars 1946 :

Ont été élus : MM. Ameuille, Boudin, Balthazard, Buvat, Brocard, Bouteau, Coliez, Courtial, Debray, Funck-Brentano, Guillaumat, Guyot, Huet, Lafay, Lecœur, Ledoux, Lelorier, Obertin, Porte, Piedelièvre, Poumailloux, Quivy, Richier, Tissier-Guy.

Suppléants : MM. Caillard, Duvelleroy, Drouet, Fanton d'Andon, Ménégaux, Séjournel, Chérigié, Tournafond et Vuilliet.

Il ya eu 4.217 votants, 20 bulletins blancs ou nuls.

M. Bernard Lafay est arrivé en tête des membres titulaires élus avec 3.609 voix.

Compte rendu de l'Assemblée générale des Anciens Syndicats de la Seine (S. M. S.), Syndicat de Paris (S. M. P.), Syndicat de Banlieue Est et Sud, Ouest et Nord.

Ces trois Assemblées ont eu lieu le mercredi 6 février à la Confédération des Syndicats Médicaux, 60, boulevard de Latour-Maubourg.

Tour à tour le Dr Boelle, président du S. M. S.; le Dr Biard, président du S. M. P.; le Dr Fanton-d'Andon, président des Syndicats Est et Sud proposent la dissolution de leurs Syndicats respectifs suivant le plan prévu à la naissance de la Chambre Syndicale.

Ils évoquent l'actif passé syndical de chacun d'eux, la nécessité actuelle d'un Syndicat départemental unique. La dissolution des trois Syndicats et la dévolution de leurs biens à la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine est décidée presque à l'unanimité.

Le Syndicat de Banlieue Ouest et Nord avait déjà procédé aux mêmes opérations de dissolution et de dévolution de ses biens à la Chambre Syndicale.

Les Syndicats Médicaux (S. M. S., S. M. P., etc.), constituant la Fédération des Syndicats Médicaux de la Seine, décident de transférer les biens de ladite Fédération à la Chambre Syndicale et de dissoudre la Fédération, ce qui est voté à l'unanimité.

Ces quatre Syndicats ont voulu faire une démonstration de l'union professionnelle dans la Seine. Ils exhortent leurs membres à adhérer d'urgence s'ils ne l'ont déjà fait à la Chambre Syndicale, Syndicat départemental unique à caractère fédératif.

Nous devons signaler toutefois que la banlieue Est et Sud avait mis pour condition à sa dissolution une représentation cantonale servant de base pour l'élection de ses délégués au Conseil de la Chambre Syndicale. Celle-ci, qui tient aussitôt après son Assemblée générale ratifie, sous la présidence du docteur Sénéchal, vice-président, le règlement intérieur qui donnera satisfaction aux syndiqués de banlieue.

Le docteur Sénéchal évoque la grande figure du regretté président de la Chambre Syndicale, M. le professeur Fiessinger, mort en accomplissant sa tâche de praticien.

Le docteur Dupas fait ensuite un exposé critique de la loi de Sécurité sociale et de la position d'attente prise par la Chambre Syndicale de la Seine et beaucoup d'autres départements qui se traduit par la non signature de conventions avec les Caisses tant qu'un aménagement de certains articles de la loi n'aura pas été effectué à la satisfaction du Corps médical.

Dans la discussion qui suit, le docteur Cibrie annonce que les tractations ont lieu entre la Confédération et les Pouvoirs publics en vue de la délimitation d'un « secteur libre » en médecine sociale.

L'Assemblée confirme par son approbation l'attitude observée jusqu'ici par le Conseil de la Chambre Syndicale, basée sur le respect de la charte médicale, la modification de la loi de Sécurité sociale ; l'expectative quant à une Convention avec les Caisses.

Sur rapport du Dr Poumailloux, trésorier, l'Assemblée fixe la cotisation pour 1946 à mille francs dont cinq cents constituent la cotisation confédérale. Ces chiffres sont ceux de la majorité des départements.

Sur la demande d'information de certains confrères, le journal « Médecins de Paris » donnera des précisions sur le rôle de la Chambre Syndicale et les opinions de certains membres de son Conseil.

Le Secrétaire général :
Dr Dupas.

Confédération des Syndicats médicaux français

Paris, le 8 mars 1946.

Le Secrétaire général de la Confédération des Syndicats médicaux français à Monsieur le Ministre de la Santé.

Monsieur le Ministre,

Nous avons eu l'honneur de vous signaler à plusieurs reprises la situation tragique des médecins privés de voitures et qui, de ce fait, se trouvent déjà — ou vont se trouver très vite — dans l'impossibilité d'aller donner des soins à domicile, hors des agglomérations.

Nos réclamations, et nos démarches auprès de votre Ministère et de celui de la Production industrielle, sont restées sans effet. Or, vous connaissez le nombre ridicule de voitures qui nous a été attribué par votre entremise, pour toute la France, alors que dès maintenant, plus de trois mille demandes d'extrême urgence nous sont transmises.

J'ai mission de vous informer de cette situation qui met en péril la santé d'un grand nombre de Français, et de vous informer aussi, que les médecins, épuisés par cinq années d'une activité anormale, sont d'ores et déjà décidés à rechercher et employer d'énergiques moyens de pression sur l'administration publique en général. C'est avec regret qu'ils se voient réduits à cette nécessité : cette seule action pouvant, pensent-ils, attirer l'attention des pouvoirs publics sur une situation qui va chaque jour s'aggravant.

Nous saisissons par le même courrier, M. le Président du Conseil et M. le Ministre de la Production industrielle d'une réclamation analogue.

Je vous prie d'agréer, monsieur le Ministre, l'assurance de ma haute considération.
Dr P. Cibrie.

Documentation médicale et professionnelle

Le Directeur de l' « Office de Documentation Médicale Professionnelle et de Remplacement » du Conseil Supérieur des Médecins rappelle à ses Confrères, ainsi qu'aux Etudiants et à leurs familles, qu'il est toujours à leur disposition, 60, boulevard de Latour-Maubourg (Paris (7e), Tél. Inv. 39-98, qu'il s'agisse de création ou de transmission de cabinet, de situations médicales administratives à pourvoir, de remplacements à effectuer, de cession ou d'achat d'instruments médicaux, ainsi que de renseignements d'ordre professionnel divers.

Il reçoit lui-même tous les jours, de 14 à 17 heures, samedi et dimanche exceptés.

INFORMATIONS
(Fin)

Travail

Comité d'administration du fonds d'action sanitaire et sociale. — Sont nommés membres de ce comité : MM. le Dr Cavaillon, secrétaire général de la Santé Publique, le professeur Parisot, les Drs Bourgeois et Cibrie.

Guerre

L'organisation de l'Administration centrale du Ministère des Armées

Un décret n° 46-248, du 18 février (« J. O. », 21 février 1946), règle cette organisation.

Le ministre des armées dispose d'une administration centrale qui comprend :

a) Des organes de commandement : les états-majors des armées de terre, de la marine et de l'air ;

b) Un organe de coordination administrative et financière : le secrétariat général ;

c) Des directions et des services.

Les directions et services comprennent notamment :

Terre. — Direction du service de Santé.

Marine. — Direction centrale du service de Santé.

Air. — Service de santé de l'air.

Ecole du service de santé militaire de Lyon. — Classement par ordre de mérite des candidats admis à la suite du concours de 1945 et qui ont opté pour la Section médecine : troupes coloniales.

Section médecine (P. C. B.). — MM. Robert (Paul), Mynard (J.), Jourdan (A.), Duplessis (M.), Ganter (G.), Sagnet (H.), Ricosse (J.), Favre (R.-P.-J.), Calvet (G.), Bessodes (M.), Liaume (P.), Bourrel (P.), Rivier (A.), Dalciet (R.), Le Nepvou de Carfort (D.), Fieschi (J.), Drouin (M.), Pinçon (C.), Bergeron (I.), Vandekerkove (M.), Sevin (C.), Paillet (R.), Levier (C.), Loup (R.), Bollenbach (G.), Le Hénaff (G.), Causse (G.), Outers (G.), Brunet (C.), Rigaud (J.), Fournier (A.).

A quatre inscriptions : MM. Goutayer (J.),

Le Viguelloux (L.), Ehrhardt (C.), Chastel (F.), Loiseau (M.), Arrighi (P.), Guichardière (A.), Bouchard (H.).

A huit inscriptions : Lesage (G.-E.), Roman (G.).

SECTION MÉDECINE DU SERVICE DE SANTÉ DE L'AIR. — Section médecine (P. C. B.) : MM. Bazaillas (A.), Bordes (L.), Soler (A.), Delahaye (R.), Robert (Claude), Gimbert (J.), Basile (R.), Moussours (R.), Aubry (R.), Scléar (F.), Dampenon (I.), Lavernhe (I.), Fabre (J.), Magne (G.), Gomez (A.), Martinet (H.), Bay (A.), Seclin (M.), Desbois (R.), Martin (H.).

A quatre inscriptions : MM. Flandrois (R.), Misson (R.), Mèghe (P.), Marcoul (G.), Arnal (A.), Mangin (H.), Arnoux (H.), Quemarch (R.), Sviandin (I.), Osteberger (M.).

Xe Anniversaire de la mort de Charles Nicolle. — M. Pasteur Vallery-Radot, de l'Académie française, fera le samedi 23 mars 1946, à 18 heures, au grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, une conférence sur Charles Nicolle.

Institut d'Actinologie

L'Institut d'Actinologie consacre sa prochaine réunion, avec le concours de la Ligue Française contre le Rhumatisme, à la question suivante :

Les décalcifications osseuses et leur traitement. Rapporteurs : Dr François Françon : Syndrome de Looser, Maurice Debray, Milkman.

Dr Jean Saidman : Les décalcifications vertébrales.

La séance aura lieu à l'Institut d'Actinologie, 40, boulevard Suchet (métro Ranelagh ou Muette), le dimanche 31 mars, à 10 heures. Accès libre aux médecins et aux étudiants en médecine. Le nombre de places étant limité s'inscrire auprès de la Surveillante générale : Mme Dubreuil, 40, boulevard Suchet, Paris (16e).

Les séances suivantes auront lieu : le dimanche 14 avril, à 10 heures : Rayons ultra-violets, héliothérapie et ondes courtes en gynécologie. Rapporteur : Mme le Dr Wechsler. Dimanche 28 avril, à 10 heures : Rayons ultra-violets et héliothérapie chez les enfants. Rapporteur : Dr Boissière.

Le Dr Henri Meuriot

Le 1er mars, après une courte maladie s'éteignait, à l'âge de 72 ans, notre confrère et ami le Dr Henri Meuriot, ancien interne des hôpitaux de Paris, président de l'Association des Médecins des Maisons de Santé pour maladies nerveuses, membre de la Société Médico-Psychologique.

Henri Meuriot appartenait à une grande famille médicale. Du côté maternel il était le petit-fils d'Henri Bouley, qui fut en 1877 président de l'Académie de Médecine, et en 1885 président de l'Académie des Sciences. Son père, André Meuriot, ancien interne des hôpitaux de Paris, fut d'abord l'assistant, puis le successeur du Dr Blanche comme directeur de la célèbre maison de santé de Passy. A la mort de son père, Henri Meuriot prit à son tour la direction de la maison. Lorsque les transformations du quartier de Passy l'amenèrent à abandonner le noble château de Mme de Lamballe où le Dr Blanche avait installé sa maison, Henri Meuriot la transféra à Charonne, d'abord, puis à Villeneuve-Saint-Georges, au château de Bel-Air, où il vient de mourir.

Notre amitié réciproque remontait bien loin, au début de nos études médicales. Elle ne s'est jamais affaiblie. Les camarades d'Henri Meuriot étaient reçus avec une extrême bonté par ses parents. Je ne puis oublier le charme de ces réunions familiales, ni d'autres réunions plus étendues où se rencontraient tant de gens éminents appartenant au monde scientifique.

C'étaient les amis de Bouley, les professeurs Chauveau et Arloing. Ceux de M. Meuriot père, comme le professeur Tillaux. Puis des neurologistes et des psychiatres : le professeur Raymond, les Drs Motet et Goujon, le professeur Ernest Dupré, causeur éblouissant qui, à la mort du père d'Henri Meuriot, devint le principal consultant de la maison.

D'autres disparus nous accueillaient avec une grande amitié : l'assistant de Meuriot, le Dr Franklin Grout, neveu de Flaubert, puis Jacques-Emile Blanche, qui ne suivit pas la tradition paternelle et se contenta d'être un peintre illustre.

Henri Meuriot s'était préparé à succéder à son père par un internat spécialisé. Il fut notamment l'interne de Gilbert Ballet, puis du professeur Raymond, à la Salpêtrière. Pendant la guerre 1914-18, il fut chargé des fonctions de chef du centre neurologique de la 8e région. Il reçut à cette occasion la croix de la Légion d'honneur.

Malgré toutes les difficultés de l'après-guerre, malgré toutes celles que nous avons connues depuis 1939, il sut maintenir la réputation de la vieille maison dont il avait la charge.

Pendant de longues années Henri Meuriot a partagé fraternellement nos joies et nos peines. Mme Meuriot et ses enfants savent que leur affliction est la nôtre.

F. L. S.

Nous apprenons avec peine le décès survenu à Paris, de Mme Jean-Louis Faure, veuve du professeur Jean-Louis Faure, membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine, décédé à Saint-Emilion, en octobre 1944.

Nous prions ses enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants de recevoir l'expression de notre profonde sympathie.

— Le Dr Octave Castueil, médecin consultant à Vichy, décédé subitement à Nice.

— Le médecin général inspecteur Morvan, décédé à Paris, le 24 février 1946, à l'âge de 70 ans.

— Le Dr Léon Thevenot, professeur sans chaire à la Faculté de Médecine de Lyon, décédé le 28 janvier, à l'âge de 71 ans.

— Le Dr Courjon, de Lyon, médecin des asiles.

— Le Dr Louis-Melchior Pierra, directeur fondateur de la « Revue Française de Gynécologie », ancien président du Congrès français de Gynécologie, secrétaire général honoraire de l'Association de la presse médicale française, croix de guerre 14-18. Décédé à Marseille le 22 février 1946, à l'âge de 68 ans.

— Le Dr J.-C. Surpas, au Chesnay (Seine-et-Oise).

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 7. — 1er AVRIL 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr.; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de liquidation de l'internat en médecine (13-14-15 mars matin). — ANATOMIE : Question sortie : 7° Muscles péroniers latéraux avec innervation et physiologie.

Questions restées dans l'urne :
1° Rapports de la portion thoracique de l'œsophage ;
2° Nerf récurrent droit, sans la physiologie ;
3° Artère sous-clavière droite ;
4° Muscle sterno-cléido-mastoïdien. Anatomie descriptive, sans les rapports. Innervation, vascularisation et physiologie ;
5° Artère mésentérique inférieure ;
6° Artère rénale droite ;
8° Articulation tibio-tarsienne ;
9° Glande sous-maxillaire. Anatomie et physiologie.

PATHOLOGIE MÉDICALE : Question sortie : 1° Symptômes et diagnostic d'une crise aiguë de dysenterie.

Questions restées dans l'urne :
2° Diagnostic et valeur pronostique de la fièvre chez un cardiaque ;
3° Diagnostic des suppurations pulmonaires aiguës ;
4° Formes cliniques du tabès ;
5° Signes, diagnostic, évolution et complications du coma apoplectique ;
6° Signes, diagnostic et évolution des accidents nerveux au cours des néphrites chroniques ;
7° Signes, diagnostic et évolution de la crise d'asthme ;
8° Formes cliniques de l'angine de poitrine ;
9° Symptômes, diagnostic et évolution de la colique hépatique.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Question sortie. — 3° Complication des fibromes utérins.

Questions restées dans l'urne :
1° Symptômes et complications des fractures ouvertes de jambe ;
2° Etude clinique des complications de l'avortement provoqué ;
4° Symptômes, diagnostic, évolution des fractures du col de fémur ;
5° Signes et diagnostic du mal de Pott dorso-lombaire de l'adulte ;
6° Signes et diagnostic des cancers de l'estomac ;
7° Signes et diagnostic du cancer du rectum ;
8° Signes et diagnostic de l'appendicite aiguë ;
9° Signes et complications des luxations antéro-internes de l'épaule.

Concours ordinaire de l'internat en médecine, 13, 14, 15 mars 1946 (après-midi). — ANATOMIE. — Question sortie : 2° Anatomie macroscopique et physiologie de la voie biliaire accessoire sans l'embryologie.

Questions restées dans l'urne :
1° Muscle scalène antérieur droit, sans physiologie ;
3° Artère iliaque externe droite sans les branches ;
4° Artère linguale ;
5° Anatomie descriptive du canal inguinal chez l'homme ;
6° Artère fémorale au triangle de scarpa sans les branches ;
7° Artère splénique ;
8° Ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne avec leur physiologie ;
9° Branche externe du nerf spinal avec la physiologie.

PATHOLOGIE MÉDICALE. — Question sortie : 8° Etude clinique et diagnostic des paralysies diphtériques, sans pathogénie ni anatomie pathologique.

Questions restées dans l'urne :
1° Oreillons ; signes, diagnostic et complications ;
2° Accidents évolutifs du rétrécissement mitral ;
3° Diagnostic des gastrorragies et indications thérapeutiques ;
4° Diagnostic de la fièvre typhoïde au deuxième septenaire ;
5° Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse de la deuxième enfance ;
6° Colique hépatique. Signes, diagnostic et évolution ;
7° Coma diabétique. Signes, diagnostic et traitement ;
9° Chancre syphilitique de la verge, sans anatomie pathologique.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — Question sortie : 6° Diagnostic des gangrènes d'origine vasculaire des membres inférieurs.

Questions restées dans l'urne :
1° Examen d'un sujet atteint de cancer de l'ampoule rectale (dans les deux sexes) ;
2° Signes, diagnostic et traitement de l'hématocèle rétro-utérine (sans la pathogénie) ;
3° Signes, diagnostic et traitement du cancer du col de l'utérus ;
4° Panaris du pouce ;
5° Signes et diagnostic de l'appendicite pelvienne ;
7° Diagnostic des tumeurs cæco-appendiculaires et coliques droites ;
8° Diagnostic et traitement des complications urinaires des fractures du bassin ;
9° Signes et diagnostic des tumeurs malignes du testicule.

Concours de liquidation de l'externat (20 mars 1946, matin)

Questions données : ANATOMIE.
1° Enumérer d'avant en arrière les os constituant la paroi supérieure des fosses nasales ;
2° Insertions et innervation du muscle petit pectoral, sans les rapports ;
3° Innervation cutanée de l'annulaire ;
4° Ligament latéral externe de la tibio-tarsienne, sans les rapports ;
5° Enumérer, dans leur ordre d'origine, les branches de la crosse de l'aorte.

PATHOLOGIE MÉDICALE.
1° Enumérer sans les décrire les caractères cliniques du chancre syphilitique du sillon balano-préputial dans sa forme typique ;
2° Enumérer sans les décrire les principaux signes cliniques d'une maladie d'Addison non traitée à la période d'état ;

3° Renseignements fournis par l'examen du liquide d'une pleurésie purulente pneumococcique à la période d'état ;
4° Renseignements fournis par l'inspection et la palpation dans un anévrysme à évolution antérieure de la portion ascendante de la crosse de l'aorte ;
5° Quels sont les signes qui, en présence d'une paraplégie, permettent d'affirmer son origine centrale ?
6° Enumérer les causes d'une péricardite avec épanchement.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

1° Caractères de la dysphagie dans le cancer de l'œsophage ;
2° Caractères différentiels entre les hémorragies du fibrome de l'utérus et les hémorragies du cancer du col de l'utérus ;
3° Signes physiques d'une fracture non compliquée de l'extrémité inférieure du radius, dite de Pouteau Colles, sans la radiologie ;
4° A quels signes physiques reconnaît-on la propagation à la gaine synoviale, d'un panaris du pouce ?

Concours ordinaire de l'externat
(20 mars 1946, après-midi)

Questions données. — ANATOMIE :
1. Face interne de la malléole péronière ;
2. Muscle poplité. Insertions et innervation sans les rapports ;
3. Enumérer dans leur ordre d'origine les branches collatérales de l'artère axillaire ;
4. Citer les territoires d'où proviennent les lymphatiques qui aboutissent aux ganglions du triangle de scarpa ;
5. Rapports du nerf radial au moment précis où il croise le bord externe de l'humérus.

PATHOLOGIE MÉDICALE :
1. La langue dans la scarlatine ;
2. Caractères de l'éruption cutanée dans la forme commune de l'érythème noueux ;
3. Enumérer, sans les commenter, les principales causes d'hématémèses en commençant par les plus fréquentes ;
4. Renseignements fournis par l'examen physique du cœur et des vaisseaux dans la forme commune de l'infarctus du myocarde au troisième jour (sans la radiologie ni l'électro-cardiographie) ;
5. Examen des urines à la période d'état d'un ictère spirochétosique ;
6. Auscultation dans le pneumothorax aigu généralisé avant l'apparition du liquide.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE :
1 Caractères des ganglions d'une adénite jugulo-carotidienne tuberculeuse à la période de crudité ;
2. Enumérer, sans aucune description, les complications de l'avortement provoqué ;
3. Enumérer les moyens dont on dispose pour arrêter une épistaxis spontanée ;
4. Quelles conclusions diagnostiques et thérapeutiques doit-on tirer de la constatation chez un adulte d'une contracture abdominale généralisée dite « ventre de bois » ?

Hôpitaux de la région parisienne

Concours de l'internat en médecine des hôpitaux de la région sanitaire de Paris. —

PATHOLOGIE MÉDICALE.

Question sortie :
8. Signes, diagnostic et complications de la rougeole.
Questions restées dans l'urne :
1. Signes et diagnostic de la poliomyélite antérieure aiguë épidémique ;
2. Signes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas ;
3. Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse chez l'enfant ;
4. Signes et diagnostic de la fièvre typhoïde au 2e septenaire ;
5. Signes, diagnostic et traitement de l'œdème aigu du poumon ;
6. Signes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse ;
7. Signes et diagnostic du pneumothorax spontané ;
9. Signes et diagnostic de l'angine diphtérique.
(Pour les questions d'anatomie et de pathologie chirurgicale, voir « Gaz. Hôp. », 1946, n° 6 p. 109.)

Concours de l'internat en médecine de la région parisienne. — LISTE DES CANDIDATS REÇUS : MM. Vallée 63,8 ; Griffe 63,8 ; Wapler, 62,8 ; Dufourmentel, Gérard, 62 ; Genesseau 59,9 ; Juvenelle 59,3 ; Gies 58,7 ; Dautry 57,6 ; Dufourmentel, Philippe 57 ; Villard 57.

Asile National du Vésinet

Concours de l'internat en médecine. — Un concours pour deux places d'interne en médecine s'ouvrira à l'Asile du Vésinet le 13 mai 1946. Inscriptions au secrétariat de l'établissement jusqu'au 30 avril 1946 inclus.

Faculté de médecine de Paris

Examens de fin d'année (AVIS TRÈS IMPORTANT). — A titre exceptionnel, et en raison du nombre très élevé des candidats, M. le Ministre vient d'autoriser la Faculté de Médecine de Paris à remplacer, pour les sessions de juin et octobre 1946, les épreuves orales des trois premiers examens par des interrogations écrites, non anonymes, ayant la même valeur et notées de la même

(Suite des informations, p. 153.)

LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET A DÉCLARATION OBLIGATOIRE DANS LA MAÇONNERIE

par MM. R. Le Baron et G. Saint-Martin

Au sens strict du mot « maladie professionnelle », nous ne devrions étudier sous ce titre que les *dermatoses du ciment* — car ce sont les seules affections déclarées réparables par la loi (Décret du 12 juillet 1936).

Reproduisons ce tableau n° VIII.

Lésions cutanées causées par l'action des ciments
(Délai de responsabilité : un an)

Maladies engendrées par le ciment :

Dermites primitives et pyodermites, pas d'incapacité permanente, à moins que persistent des cicatrices gênant le travail.

Dermites secondaires eczématiformes (gale du ciment), incapacité tenant compte du changement de profession, 10 à 30 %.

Travaux susceptibles de provoquer ces maladies

Fabrication, manutention et emploi des ciments.

Mais dans la liste des *maladies à déclaration obligatoire*, qui sont, en principe, de futures maladies indemnisables, nous pouvons relever (Décret du 16 octobre 1935) :

a) Les maladies ayant un caractère professionnel, causées par les alcalis caustiques et substances analogues, notamment... la chaux, les chaux hydrauliques, les ciments (I, § 15) ;

b) Les cas professionnels d'affections pulmonaires déterminées par l'inhalation de poussières d'origine minérale, notamment les pneumoconioses causées par les poussières siliceuses, argileuses, calcaires (II, § 2) ;

c) Les cas professionnels d'affections oculaires causées par les poussières (II, § 5) ;

Ceci nous permet de réunir dans une même étude toutes les affections — d'ailleurs très proches par leurs manifestations morbides — dues aux matériaux de liaison et de revêtement; plâtre, chaux et ciment (car celui-ci peut donner des troubles pathologiques en dehors des dermatoses) et aux matériaux de construction : pierres calcaires de la région parisienne. A ce propos, disons dès maintenant — au moment où les pneumoconioses sont à l'ordre du jour (1) et où la silicose vient d'entrer dans le cadre des maladies réparables — que ces affections ne sont pas à craindre pour les maçons de la région parisienne.

D'autre part, nous devons penser que, dans certains cas, les circonstances peuvent faire de ces affections des accidents de travail : c'est principalement le cas des lésions oculaires par projection de caustiques chaux et ciment ou de particules de pierre(2). Il en est de même des ulcérations traumatiques par le ciment, observées aux mains d'un conducteur de wagonnet, dont la barre de manœuvre était couverte de ciment (Milian, *Paris Médical*, Janvier 1932)

La fabrication des diverses variétés de chaux, de ciments et dérivés et de plâtre expose les ouvriers aux dangers d'un empoussiérage intense, lors des manipulations au sortir des fours de cuisson. Mais les maçons, cimentiers et plâtriers qui utilisent ces matériaux encourent bien moins de risques du fait des poussières qui sont cependant abondantes.

La nocivité de la chaux tient d'une part, à sa causticité propre, d'autre part, à son avidité pour l'eau et la chaleur dégagée par le mélange. La poussière très fine se dépose sur la peau et les muqueuses, ou bien elle est inhalée. Dans ce cas, l'irritation des voies supérieures ne donne guère lieu qu'à un peu de toux et d'irritation, et il n'y a pas de circonstances favorables à l'éclosion de la tuberculose, qui reste rare chez les ouvriers de la chaux ; on sait même que l'immunité relative des chaufourniers a fait envisager un traitement de la tuberculose par inhalation de poussières de chaux.

La dermite est, en général, exfoliante, à début érythémateux et folliculaire, aboutissant à une éruption papuleuse puis à une desquamation, parfois à des lésions vésiculeuses, fissuraires ou à une érythrodermie, parfois des déformations des ongles. Parmi les muqueuses, celle des yeux est la plus exposée aux projections ; la chaux éteinte est plus nocive car l'action plus insidieuse et, du fait de la négligence des ouvriers, plus prolongée. Dans un travail déjà ancien cité dans l'Hygiène du Travail B. I. T., Hoppe a cité 282 cas de lésions oculaires se répartissant comme suit : maçons 122 — nettoyeurs de murs et de plafonds 64 — transporteurs de chaux 26 — préparateurs de mortier et de chaux 19 (Hygiène du Travail B. I. T.). Les muqueuses nasales et buccales peuvent être le siège d'ulcérations plus étendues que creusantes.

(1) Ordonnance du 2 Août 1945 (J. O. du 3. 8. 45)

(2) Consulter le Traité de Coutela sur les maladies professionnelles de l'œil.

***

Les ciments sont des corps plus complexes, composés de chaux, de silice (sable) et d'alumine (argile) en proportions diverses selon les variétés (rapidité de prise) ; le mortier est un mélange de ciment, de sable et d'eau ; le béton, un mélange de mortier et de pierres concassées ou de sable.

Les ciments ont une triple action pathologique, chimique, caustique (chaux), mécanique (grains de silice), thermique (chaleur d'hydratation). L'action pathologique la plus connue est celle qui touche la peau, mais il ne convient pas d'englober toutes les lésions cutanées sous le nom de gale du ciment. Les ouvriers cimentiers peuvent présenter plusieurs types de dermites assez dissemblables d'allure clinique, mais surtout d'origine, donc d'indication thérapeutique.

On observe des pyodermites qui sont des dermites primitives des cimentiers, lésions orthoergiques du professeur Sézary (1) : c'est-à-dire directes, touchant tous les ouvriers travaillant dans les mêmes conditions, sans rôle de la prédisposition individuelle. Ici l'infection, commune chez les ouvriers manuels, envahit un tégument altéré mécaniquement par les grains de silice et par la causticité de la chaux. D'où les divers types de lésions des bras et mains des ouvriers : peau sèche et rouge, fissures, folliculites, pustules, hyperkératoses et acné cornée parfois. Elles sont prurigineuses et évoluent par poussées (arrêts et reprises du travail) pour aboutir soit à des accidents aigus : lymphangite, abcès, soit à un état chronique : peau épaissie et fissurée parsemée de pustulettes de durée désespérante, ongles fissurés et décollés, parfois ulcération du type Pigeonneau (analogue à celle des teinturiers en peau, nickeleurs et chromeurs), localisée aux doigts, douloureuse, irrégulière et profonde, recouverte d'une escarre enchâssée dans un bourrelet épais.

La gale ou eczéma du ciment proprement dite s'oppose à ces lésions, car c'est une dermatose allergique (Sézary) liée à un état humoral d'intolérance de l'organisme au ciment (l'élément individuel étant plus important que l'élément professionnel d'irritation par le produit). C'est une dermite eczématiforme en général (parfois d'autres types dermatologiques) siégeant aux régions-contact, mais pouvant s'étendre sur place ou à distance, même à des régions non-contact (par sensibilisation générale des tissus, ce sont les éruptions secondes). Cette dermite allergique peut s'infecter et perdre ainsi son caractère primitif (croûtes d'impetigo, folliculite). Elle peut aussi conserver son aspect d'eczéma pur tout en étant infectée (eczéma microbien) et sous cette forme, semblable à l'eczéma seulement allergique, (cependant la peau est moins œdémateuse, moins prurigineuse, mais reste rouge et suintante, les placards prennent un aspect nummulaire, leurs bords sont cernés d'une mince collerette épidermique) persister longtemps, survivre à la cessation du travail et exiger pour disparaître un traitement antimicrobien. Si cette durée anormale touche seulement des régions non-contact, on conçoit la difficulté du diagnostic et des conclusions médico-légales.

L'eczéma du ciment s'observe rarement chez les jeunes ouvriers, car cette intolérance est de règle acquise et non le fait d'une idiosyncrasie ; elle survient chez des ouvriers maniant le ciment depuis des mois et des années (17 ans dans un cas de Gougerot). On a incriminé à l'origine de cette sensibilisation la déficience hépatique (Gougerot), les excès d'alcool et de café (Sézary). La gale du ciment est fréquente (4 à 10 p. 100 des ouvriers) et s'observe plus fréquemment en été, ce qu'on attribue à la plus grande vulnérabilité de la peau mouillée de sueur; d'ailleurs les maçons maniant le ciment mouillé (gâché) sont plus touchés (10 p. 100) que les ouvriers de fabrique du ciment qui le manipulent à sec (2 p. 100) (Carrère). Ce chiffre de 10% nous paraît très supérieur à ceux actuellement observés dans nos entreprises.

L'épidermo-réaction étant la preuve d'une sensibilisation, on a été longtemps surpris de ses résultats négatifs dans de tels cas. Sézary pourtant obtient des résultats en employant non le ciment sec en poudre, mais le ciment gâché, non n'importe quel ciment, mais celui manipulé par l'ouvrier sur son chantier. Il existe, en effet, de nombreuses variétés de ciments : aussi peut on voir un

(1) Journée internat. de pathologie du travail, Paris, juin 1937, *Presse Médicale*, 1941, n° 76.

ouvrier sensible à un seul ciment (Gougerot) (1), manier les autres sans dommage. Par contre, on voit des maçons sensibilisés non seulement aux ciments, mais à d'autres substances (poly-intolérance), on conçoit l'intérêt pratique de ces faits en sélection et orientation professionnelles, pour les questions de réparation, de dommage et de replacement d'ouvriers sensibilisés. En effet, si on ne peut guère fixer la durée d'exposition nécessaire à l'apparition de cette dermatose allergique (elle varie considérablement avec les individus), si on peut évaluer à trois, à huit semaines la durée moyenne d'une gale du ciment (si elle reste pure sans complication microbienne) on peut dire que ces malades resteront très longtemps sensibilisés au ciment, sinon définitivement et que, s'ils travaillent de nouveau comme maçons-cimentiers, ils referont presque sûrement une nouvelle poussée de gale du ciment (Sézary). La persistance de l'épidermo-réaction au ciment gâché prouvera la ténacité de la sensibilisation.

Insistons avec le professeur Sézary sur les cas d'eczéma d'emblée microbien, leur aspect clinique est celui de la gale du ciment, mais ils donnent un résultat négatif à l'épidermo-réaction. L'allure est moins inflammatoire, l'étendue plus limitée, non diffuse, les bords sont nets, cernés par une fine collerette épidermique. Cette éruption ne cède pas totalement à l'arrêt de travail et nécessite un traitement anti microbien. Sézary admet l'origine biotropique de ces dermites (2) qu'il importe évidemment de distinguer de la vraie gale des cimentiers. Cette gale microbienne de Sézary est un troisième type de dermatose professionnelle des cimentiers.

Les lésions des muqueuses sont proches des lésions causées par la chaux : rhinites et stomatites catarrhales, rarement ulcéreuses, blépharo-conjonctivites, épaississements ptérygoïdes, par poussières. Koelsch a observé des 600 cimentiers, 12 % de conjonctivite plus ou moins intense ; l'accoutumance ne serait pas rare (Coutela).

Americo Valerio a décrit les alvéolo-stomatites du ciment favorisées par l'infection et la mauvaise hygiène de la bouche et les maladies organiques du sujet. Il s'agit de gingivite, d'alvéolite suivie de pulpite et d'abcès alvéolaire. Ces lésions évoluent souvent sous le masque de la pyorrhée alvéolaire et aboutissent à un état chronique et complexe : périodontite profonde, adhérences périostogingivales, névralgies dentaires rebelles, ulcères et fistules.

Quant aux voies respiratoires, on observe une irritation chronique des voies supérieures seulement. Il n'existe pas de pneumoconiose du ciment (Duvoir) et encore moins de silicose malgré la proportion parfois élevée de silice (jusqu'à 30 % dans les ciments de grappiers). Les accidents d'irritation des grosses bronches et des alvéoles aboutissant à un état chronique de sclérose pulmonaire, observés chez les travailleurs de la fabrication du ciment (3) ne se voient pas chez les cimentiers du bâtiment et la tuberculose n'est pas plus fréquente chez nos ouvriers que dans la population en général.

***

Le plâtre se prépare au moyen de la pierre à plâtre, gypse, qui est un sulfate de calcium hydraté naturel (sélénite ou albâtre selon le type des pierres). La nocivité des poussières de plâtre provient de leur avidité pour l'eau qui fait qu'elles s'attachent aux muqueuses en s'agglomérant, aussi sont-elles facilement dégluties et ne sont-elles guère inalées. Leur action est peu dangereuse. On observe surtout la peau des gâcheurs de plâtre, sèche, craquelée, ridée ; on a vu des dermites érythémateuses (Roy), eczématiformes (Layet) et rarement des fissures et ulcères. On a signalé un cas (Him) d'ichtyose avec squames localisé à la face externe des bras et à la partie supérieure du tronc. Sur les muqueuses, il s'agit surtout de coryza chronique avec sécheresse du nez, diminution de l'odorat, muqueuse rouge et saignante (épistaxis), d'autre part, de conjonctivites, blépharites, pharyngolaryngites par irritation chronique sans gravité. Le plâtre à gros grains (façon Paris) a plus de pouvoir de pénétration que le plâtre fin tamisé. Quant aux lésions pulmonaires, la gypsose des anciens auteurs (Ramazzini, Layet), elles ne sont plus admises, car aujourd'hui on estime que les poussières n'atteignent pas le poumon. Feil estime que la tuberculose est relativement rare chez les plâtriers (4). L'infiltration des ganglions mésentériques, l'adénogypsose, de Robin, a un intérêt de curiosité et d'histoire.

Le stuc mérite une mention rapide, c'est un mélange coloré (imitation des marbres) de plâtre gâché et de colle, additionné d'un peu de sulfate de zinc. On a signalé des boutons de stuc chez les plâtriers qui préparent les décorations de parois et plafonds. Cette éruption à type de folliculites (le stuc se colle à la peau et obstrue les orifices des glandes sébacées) siège surtout sur les mains et le visage, parfois sur tout le corps.

Le staff, mélange plastique de plâtre, ciment, glycérine, dextrine, etc., utilisé pour la décoration des intérieurs et l'ornementation architecturale de constructions temporaires, peut provoquer des dermites de même genre.

***

La prévention de ces affections professionnelles (reconnues réparables ou non) ne demande aucune mesure spéciale. Comme il s'agit de poussières, les prescriptions d'hygiène générale seront toujours particulièrement utiles : vêtements de travail assez fréquemment changés, masque ou autre protection de la bouche et des yeux (lunettes) au moment du vidage des sacs de plâtre et de ciment, protection des mains contre les produits irritants (jadis certaines entreprises distribuaient à cet effet du vinaigre ou du lard) et on a préconisé diverses pommades protectrices. Mais surtout, soulignons la nécessité de lavages soignés des mains et du visage après le travail (lavabos) avant de reprendre les vêtements de ville (vestiaires propres et bien clos), douches et bains si possible. Les sacs doivent être en papier, à fermetures métalliques et sont proscrits les sacs de jute qu'on devait secouer et réparer, opérations dégageant force poussière.

Quant à la sensibilisation cutanée au ciment, sa cause imprécise ne permet guère de possibilté de prévention. On a parlé d'abus de café, d'alcool, de déficience hépatique, etc., mais la nature intime de ce trouble humoral est encore à trouver, les moyens de désensibilisation imprécis et en pratique impuissants. La réparation prévue concerne surtout les difficultés du changement de profession.

***

On n'observe pas de pneumoconiose dans la maçonnerie de la région parisienne. Nous savons qu'on y emploie surtout des pierres calcaires dont les poussières ne sont pas nocives, comme le sont celles des pierres siliceuses. Cependant, dans l'important rapport du professeur Duvoir sur la silicose (1941), nous lisons que les travaux anciens de Layet, Hirt et Kummer parlaient de cette affection chez les maçons-plâtriers. Mais actuellement les progrès de la technique font que nos ouvriers retaillent beaucoup moins que leurs anciens leurs pierres qui leur sont livrées prêtes à l'usage. D'ailleurs, même dans les régions où nos ouvriers emploient les pierres siliceuses, le travail à l'air libre est la meilleure défense contre l'atteinte du parenchyme pulmonaire par les poussières dispersées largement.

Le danger des poussières calcaires est donc nul à ce point de vue et il ne reste que le risque mécanique de ces particules. Tout au plus, peut-on parler d'irritation chronique des voies respiratoires supérieures par l'empoussiérage intense ; il en est de même des tissus oculaires et cutanés.

***

Nous avons pu réunir quelques chiffres au sujet des maladies professionnelles, grâce à l'obligeance des dirigeants du Syndicat général de garantie des Chambres syndicales du Bâtiment et des Travaux publics (1). Voici les chiffres des dermatoses du ciment indemnisées par cet organisme chez les maçons du bâtiment (à l'exclusion de ceux des entreprises de travaux publics dont les manipulations sont plus complexes) :

Année	Nombre d'assurés de cette catégorie	Cas indemnisés	Dont : Pyodermites	Dermat. allerg.
1941	17.156	17	7	10
1942	15.830	12	5	7
1943	12.482	10	3	7
1944	—	3	1	2

Ces chiffres montrent quel risque modeste représentent dans la maçonnerie les maladies professionnelles réparables, sans donner de chiffres précis, nous pouvons ajouter que les maladies déclarables comportent également une minime importance. Aussi devons-nous conclure que, sur ce point, la maçonnerie compte parmi les métiers les plus sains.

---

(1) Gougerot et Ragu, Soc. Derm., déc. 1930.

(2) Société de Dermatologie, juillet 1941.

(3) G. Girino et A. Del L'Aquila. *La Medicina del Lavoro*, avril 1939.

(4) *Concours médical*, mai 1921, n° 21.

(1) Nous remercions spécialement M. Dorido de son extrême amabilité.

ACTUALITÉS

A PROPOS DES RÉGIMES SANS LAIT DU NOURRISSON

Tant de circonstances, qui ne sont pas toutes d'ordre médical ou physiologique, ont fait renoncer à l'allaitement maternel que l'expression d'allaitement artificiel est devenu une locution usuelle où le mot même d'artificiel a presque perdu son sens, et même lorsque le bovidé-providence ne figure plus que sur l'étiquette alléchante — d'une boîte de fer blanc.

Les difficultés d'un tel allaitement sont pourtant peu de choses auprès de celles qui surgissent dans les cas, pas absolument exceptionnels, où le nourrisson ne supporte aucun lait, fût-il maternel. Les travaux des dernières années ont fait connaître nombre de solutions à ce problème, trop même pour qu'aucune soit excellente. Mais on peut résoudre ainsi assez d'énigmes particulières et avec assez de durée pour qu'en certains pays, terres bénies des « ersatz », l'élevage sans lait soit devenu de mode chez des pédiatres amis de la propagande.

Un Brillat-Savarin ironiste pourrait composer une suite pédiatrique à une Physiologie du goût à l'usage de la « Vie future » avec les recettes ingénieuses, imprévues — et décevantes — proposées à de futurs nourrissons synthétiques.

Le classique bouillon de légumes établit la transition avec des menus végétariens plus caractérisés. Potagers et vergers de tous pays viennent composer des natures mortes trop souvent inaccessibles présentement aux simples adultes omnivores pourvus d'un tube digestif bien entraîné et de tous les tickets et autorisations.

D'abord des céréales : blé, avoine, orge, maïs, riz harmonieusement groupées, renforcées de quelques lentilles dans la tisane de Springer ou la gelée de Weill. Légumes aussi : soupe aux carottes de Moro où le bouillon de bœuf prélude aux futurs pots-au-feu familiaux ; épinards, isolés ou associés aux carottes, aux tomates, au maltose et à l'amidon dans la poudre de Tobler. Les fruits enfin : pommes crues de Heisler et de Moro que suivent de près les poires, les abricots et même les bananes des temps de facilité.

Sans doute y a-t-il, même parmi les nourrissons, des rebelles aux beautés du végétarisme strict. Certains restaurants végétariens d'antan ornaient leurs menus de « viandes végétales ». Le nourrisson a, lui aussi, son végétarisme protidique à base de tournesol ou de soja, à l'huile de foie de morue et à la levure de bière masqués par du jus de fruits. O docilité des palais innocents ! Le lait d'amandes de Moll, peu usité en France, la met sans doute à moins rude épreuve.

De telles douceurs remplacent mal cependant les vrais laits défendus. L'ingéniosité des diététiciens a donc proposé d'autres recettes : le foie de veau (Hamburger), la cervelle et le rognon (Epstein), les flocons de viande aux glucides et aux sels minéraux (Rohmer et Malet), le hachis de viande à la farine et au thé (Stoltz), l'œuf sucré avec farine et carbonate de chaux (Klinke), le gruau mêlé de farine, de légumes, de jaune d'œuf, de fruits et de moelle osseuse (Hindes), prémices des puddings des Noëls à venir ; les fromages enfin : petits-suisse ou même gruyère, pour des consommateurs moins novices.

Tout cela, qui ne manque pas de pittoresque et qui a fait ses preuves d'utilité, finit souvent par tirer l'enfant d'affaire.

Le péril vrai de telles réussites thérapeutiques réside dans la tentation, pour les médecins et pour les parents, de trouver trop volontiers dans des mécomptes sans gravité réelle, une bonne raison de sevrage prématuré et une excuse pour se fourvoyer dans la broussaille des recettes de remplacement.

Il faut donc se féliciter de ce que par une bienfaisante réaction du bon sens, certains auteurs s'emploient à accroître et préciser nos connaissances touchant le lait de femme. Une récente communication de M. Levesque, à la Société de Pédiatrie (1), apportait d'utiles documents. Un travail antérieur de MM. Levesque et Bastin (2) avait montré déjà à quels inconvénients ou même quels malheurs se trouvaient exposés des nourrissons que les circonstances avaient fait sevrer prématurément. La résistance générale de l'organisme est compromise par un sevrage prématuré : les oto-mastoïdites et leurs rechutes sont plus fréquentes et plus graves, les accidents toxiques plus fréquents. La reprise de l'allaitement maternel est utile sinon indispensable au succès du traitement, même chirurgical.

La guérison obtenue, le lait de femme, même en petite quantité, est nécessaire à la solidité du résultat.

Le sevrage trop précoce favorise grandement, surtout chez des débiles, les accidents du pylorospasme et de la sténose pylorique ; l'allaitement maternel est le seul moyen d'avoir raison de l'hypotrophie consécutive, même chez des enfants apparemment normaux.

Même influence du sevrage prématuré sur la genèse d'accidents toxiques en dehors de toute affection organique en évolution ; même effet favorable du lait de femme.

Dans tous ces cas, il est remarquable qu'en dehors des accidents confirmés, une quantité de lait trop minime pour être une alimentation, suffira pour empêcher le début des accidents ou prévenir leur retour.

La raison d'action du lait ne réside donc pas dans sa valeur énergétique ni même dans l'équilibre des éléments composants. On a pensé à des enzymes, à des ferments spécifiques ou à des anticorps agissant puissamment en très faible quantité. On imagine mal la présence d'anticorps sans infection préalable, non plus qu'une action locale sur la muqueuse digestive, qu'elle soit favorable ou non.

Une substance antichoc ou phylactique est plus probable et d'autant plus qu'un organisme débilité est plus susceptible de subir des influences auxquelles demeurerait insensible un nourrisson normal. Ces accidents diminuent de gravité à mesure que se parfait la maturation du système nerveux.

Cette action à faible dose n'est pas sans rappeler celle des vitamines (bien que des essais en ce sens n'aient guère été probants) ou celle des sécrétions endocrines. Il s'agirait d'une substance spécifique à chaque espèce animale — substance unique ou multiple — qui prolongerait l'action de substances analogues issues de l'organisme maternel et qui avaient jusque-là exercé leur action protectrice.

Cette première étude amène donc à conclure à l'absolue nécessité dans certains cas graves de continuer ou reprendre, malgré les difficultés, l'allaitement maternel.

L'étude plus récente de MM. Levesque et Piettre, s'est efforcée de préciser la composition du lait de femme. Etudiant les éléments oligominéraux, ces auteurs croient pouvoirs reléguer à l'arrière-plan le rôle du cuivre et du fer. Le manganèse contenu dans le lait aurait, au contraire, une importance particulière ; il est, d'ailleurs, plus abondant dans le lait de femme que dans le lait de vache, ce qui s'accorderait avec les résultats thérapeutiques curatifs ou préventifs.

Il est remarquable aussi que des résultats favorables aient été obtenus par l'adjonction à la ration du nourrisson de cendres — naturelles ou synthétiques — de lait de femme.

Ce ne sont là, jusqu'ici, que tours de force et travaux préliminaires, mais qui militent, à leur façon, en faveur de vérités premières et de pratiques traditionnelles que les succès, trop heureux lorsqu'ils sont trop peu motivés, des alimentations de remplacement exposent à négliger. Si un complément minéral approprié permet d'obvier aux imperfections des régimes sans lait, ces derniers ne doivent cependant pas perdre leur caractère de technique exceptionnelle. Il n'y a pour le petit d'une espèce qu'un aliment parfait, c'est le lait de cette même espèce. Et le mieux est ce qui s'éloigne le moins des voies de la nature.

R. Levent.

(1) 19 décembre 1945.
(2) Le nourrisson, septembre 1945.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

10 *janvier.* — M. Séguineau. — Une observation de maladie de Pick-Herxheimer avec concrétions calcaires.
M. Gibout. — Epreuve du travail.
M. Joye. — Paralysie du nerf récurrent droit.
Gaschignardt. — Diagnostic des scepticémies.
Resten. — Organisation du service de santé dans un camp de séjour surveillé.
Labat. — Essai sur l'organisation de la médecine en U.R.S.S.

27 *janvier.* — M. Monod. — Les colites de la chrysothérapie.
Mlle Aupetit. — Atelectasie pulmonaire.
M. Denis. — Traitement des polyglobulies.
M. Besson. — Vitesse de sédimentation.
M. Barety. — Action de la pénicilline dans la blennorragie.
M. Faivre. — Névralgies faciales.
M. Goldman. — Pronostics de la tuberculose.
M. Gautet. — Asthme bronchique de l'adulte.
M. Balayn. — Smyridose pulmonaire.
M. Challaye. — Médecine et euthanasie.
M. Dubus. — Interventions par voie basse.

(*Suite p. 144.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 12 mars 1946

Nécrologie. — M. le Président annonce le décès de M. Lisbonne (de Montpellier), correspondant national.

Sur l'étude des antibiotiques et antidotiques en matière de tuberculose. — M. Vallée. — Tout essai de traitement de la tuberculose active doit être précédé d'essais sur toutes les formes de tuberculose occulte sans lésions ou de tuberculisation ralentie que l'expérimentation est actuellement à même d'obtenir à volonté.

Action de divers médicaments sur la chronaxie vestibulaire. — MM. Mouriquand et Coisnard (Présentation par M. Bourguignon. — L'étude de la chronaxie vestibulaire permet de différencier divers médicaments en abaisseurs, élévateurs, mixtes ou indifférents vis-à-vis de la chronaxie.

L'action commence à se manifester au bout de dix minutes en général ; l'état initial ne reparait qu'après 36 ou 48 heures pour des doses moyennes.

Chez les sujets à chronaxie vestibulaire très élevée l'effet abaisseur de la thyroxine est d'autant plus marqué que la dose est plus forte ; un abaisseur toxique prolonge ses effets 15 jours ou plus. Les abaisseurs dépriment la résistance à l'effort sportif et retardent le retour à l'état normal ; les élévateurs agissent de façon opposée.

Discussion : MM. Bourguignon, Lapicque.

Intérêt de la sulfamidothérapie prolongée dans les infections pulmonaires graves. — M. Moreau. — Dans deux cas d'infection pulmonaire grave, l'interruption, motivée par la guérison apparemment complète, du traitement sulfamidé a été suivie de rechutes mortelles au milieu de complications septicémiques résistant à un nouveau traitement sulfamidé. Dans un autre cas, au contraire, malgré une apparence de guérison, les sulfamides ont été continués à des doses prudemment dégressives pendant 33 jours. La dose totale a été de 118 grammes bien tolérés. Les accidents pulmonaires et septicémiques et un ictère compliquant une cirrhose alcoolique déjà ancienne, n'ont pas résisté au traitement. Guérison sans incidents.

La guerre et le climat de Paris. — MM. Justin Besançon et J.-C. Dubois. — Les effets provoqués par la réduction de la circulation, la diminution des fumées industrielles, l'extinction d'un grand nombre de foyers domestiques, depuis 1940, sur le climat de Paris, ont été constatés par tous (disparition du bruit, meilleur état des arbres de la capitale...).

Seule l'étude plus précise des modifications météorologiques observées de 1940 à 1945, permet de mieux comprendre le mécanisme de ce bouleversement climatique.

Le nombre annuel de jours de brouillard, qui ne cessait de croître, avant guerre, a diminué. Le nombre d'heures d'insolation a augmenté. Les gros ions, conséquence directe de la pollution de l'air, dont le nombre avait doublé de 1905 à 1928, étaient près de deux fois moins nombreux en 1943 qu'en 1935. Le CO. a presque totalement disparu. Le nombre de moisissures et de bactéries s'est réduit de moitié.

Ces résultats doivent inciter à renforcer l'application de règles d'urbanisme destinées à décongestionner la capitale et à purifier l'atmosphère parisienne.

Election. — M. Le Lorier est élu membre titulaire dans la section de chirurgie et accouchements, en remplacement de M. Bar, décédé.

Nomination d'une Commission élargie du statut des laboratoires d'analyses médicales. — A la Commission déjà en fonctions et composée de MM. Levaditi, Debré, Guérin, Tanon, Gougerot, Polonovski, Bénard et Fabre, sont adjoints des membres nouveaux : MM. Jolly, Bougault, Trefouël, Laubry, M. Baudouin, doyen de la Faculté de médecine ; Damiens, doyen de la Faculté de pharmacie.

Séance du 19 mars 1946

Le Président souhaite au nom de l'Académie la bienvenue à Sir William Wilson Jameson (de Londres), correspondant étranger, présent à la séance, Sir William W. Jameson prononce, en remerciement, une courte allocution.

Le traitement chirurgical des fibromes utérins pendant la puerpéralité. — M. Brindeau. — Depuis 1918, la coexistence des fibromes avec la grossesse paraît devenue plus fréquente, 5 à 10 % en moyenne, sans doute à cause de l'âge moins précoce de bien des primipares. Dans 75 % des cas, on observe des modifications anatomiques de fibromes qui demeurent cependant bien tolérés ; grossesse et accouchement se passent en général sans incident. L'expectative doit être de règle sauf complication. C'est au 4e mois que se place le moment critique, en raison du franchissement par l'utérus du détroit supérieur. Il faut compter avec la torsion du pédicule (qui impose l'ablation d'urgence) les poussées douloureuses de la nécrose aseptique (48 heures de traitement médical, puis myomectomie éventuelle qui n'interrompt pas la grossesse).

Si le fibrome ne remonte pas, l'indication opératoire est constituée par l'insuffisance rénale par compression des uretères. On pratique une césarienne suivie de myomectomie ou d'hystérectomie.

A terme, au cas de fibrome *prævia* ou de présentation de l'épaule opérer dès les premières douleurs. Myomectomie après césarienne plutôt qu'hystérectomie.

Il ne s'ensuit pas d'hémorragie ni de phlébite si les précautions sont prises.

Les complications *post partum* sont rares et comportent la voie haute dans les interventions.

Discussion : M. Hartmann.

La lutte contre l'hémorragie et la douleur dans les suites immédiate de la prostatectomie sus pubienne. — M. Chevassu. — Le tamponnement, cause de douleurs post opératoires cruelles, doit être abandonné. L'hémorragie est sans durée ni gravité si la musculature vésicale a été respectée et la totalité des adénomes extirpée.

Le malade doit contribuer à l'hémostase ; il faut donc l'y préparer (chlorure de calcium. Transfusion pré opératoire). Le meilleur agent d'hémostase locale est l'irrigation prolongée d'eau à 45-50° dans la cavité prostatique même ; irrigation analgésiante en surcroît.

Les pansements ultérieurs sont quasi indolores. Mais les 24 premières heures doivent faire l'objet d'une vigilance avertie et sans défaillance. Chez certains sujets, des hémostatiques généraux et des toni-cardiaques sont nécessaires. Une solution à 20 % de citrate de soude en injection intraveineuse lente (20 cc. en 5 minutes) est parfois héroïque.

Cutis à l'Ecole de détection de la tuberculose dans les foyers ruraux. — M. Durand (de Courville), (présentation par M. Carnot).

Dans une circonscription rurale, on trouve sur 510 écoliers terriens, 100 cutis positives, soit 19,5 %.

L'enquête à domicile sur les causes de contamination donnent les chiffres suivants : 72 fois, la cause est trouvée à domicile ; 40 fois, ce sont les parents directs, ou frères ou sœurs ; 28 fois, ce sont les grand-parents ou gardiens ; 4 fois, le milieu professionnel.

D'où le double intérêt à la pratique des cutis scolaires : sauvegarde de l'enfant et possibilité de détection du poste clandestin de contamination.

L'extension des brucelloses dans l'Ouest de la France. Isolement de la première souche bretonne de Brucella. — MM. Picard, Ballet et Kerneis.

Talcose à forme pseudo-tumorale. — M. Pruvost.

Déclaration de vacance d'une place dans la section des Membres libres, en remplacement de M. Georges Dumas, décédé.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars 1946

Deux observations de spina bifida. — M. Fredet.

Fibrome intra-thoracique. Ablation par voie transpleurale. — MM. Weiss et Delhaye.

Une observation de kyste médiastino thoracique. — M. Delannoy.

Deux observations de névralgie du glosso-pharyngien traitées par neurotomie endo-cranienne. — M. Wertheimer. — M. Petit-Dutaillis discute la voie opératoire utilisée et considère qu'il est encore difficile de juger quelle est la meilleure voie d'abord.

Action de la pénicilline dans le traitement des traumatismes cranio-encéphaliques du temps de paix. — MM. Goinard et Descuns. — M. Petit-Dutaillis rapporte ce travail basé sur quatre observations de méningite post-traumatique. Dans trois cas il fut cependant nécessaire de recourir à un drainage chirurgical.

A propos des traumatismes fermés du pied par mine. — M. Arnulf. — M. Merle d'Aubigné.

Séance du 20 mars 1946

A propos des sacralisations de la Ve lombaire. — M. Lance a observé deux cas de sacralisation douloureuse chez l'enfant ; l'auteur insiste sur la nécessité de séparer la lombalisation de la sacralisation. L'infiltration novocaïnique de l'espace lombo sacrée permet de soulager un grand nombre de ces malades.

Tumeur à myéloplaxes de la synoviale du genou. — M. Denicker.

Traitement de l'hypotension artérielle au cours des rachianesthésies. — MM. Aboulker et Mazars ont étudié l'action de l'orthédrine au cours de 300 rachianesthésies et se félicitent de l'utilisation de ce produit qui maintient parfaitement la courbe de la tension artérielle.

Fracture de l'astragale. Traitement orthopédique avec bon résultat. — MM. J.-R. Barcat et Lavenant. — M. Fèvre rapporte cette observation dans laquelle le trait de fracture était un cervico-trochléen. La réduction a pu être obtenue au moyen d'une traction par broche, exercée sur la partie antérieure du calcanéum.

La stérilisation féminine au camp d'Auschwitz. — M. Funck-Brentano apporte une observation de stérilisation par oblitération des trompes au moyen d'une injection intra-utérine de substance caustique.

Sur la restauration des nerfs sectionnés ou détruits. — M. Rouhier. — M. Sorrel n'a jamais obtenu un résultat satisfaisant après une greffe.

Les centres de réanimation. — M. J. Gosset rappelle qu'une réanimation bien faite sauve 80 % des blessés shockés ; il convient d'utiliser les notions acquises pendant la guerre en faveur des opérés et contre le shok post opératoire.

M. J. Gosset regrette qu'actuellement l'organisation hospitalière et ses ressources ne le permettent pas.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1946

Pleurésie putride traitée par la pénicilline. Guérison. — MM. Lemierre, Marcel Morin et Darnis. — Cas d'une femme atteinte d'une pleurésie putride en état grave. Chaque ponction évacuatrice fut suivie d'une injection intra-pleurale de 100.000 puis de 50.000 unités de pénicilline. Le liquide pleural devint inodore et se transforma en sérosité fluide. L'examen bactériologique a montré au début quatre espèces anaérobies qui se transformèrent en liquide stérile. Guérison complète.

Méningite à pneumocoques traumatique chez une malade porteuse d'un ostéome du sinus frontal. Rechutes successives. Action des sulfamides, de la pénicilline et de l'exérèse de l'ostéome. — MM. Langeron, Loget, Legrand, Michaux et Van Ogt. — Observation prenant son intérêt par la complexité étiologique et par son étude thérapeutique caractérisées par l'action insuffisante des sulfamides et de la pénicilline, avec action efficace de l'exérèse d'un ostéome du sinus frontal. En cette espèce ce fait peut être versé au dossier de la méningite à pneumocoques.

Deux cas d'endocardite infectieuse maligne traités par la pénicillinothérapie à hautes doses. Premiers résultats. — MM. Muller, Giroux et Bonnet (Saint-Etienne). — Observations de deux jeunes femmes, atteintes de lésions valvulaires anciennes résistant à toute thérapeutique habituelle. La première malade, atteinte de maladie mitrale, vit disparaître, peu à peu, tous ses signes ayant reçu 12.400.000 unités de pénicilline. La deuxième mitro-aortique reçut 18.100.000 unités. Les auteurs encore que satisfaits, font cependant une certaine réserve, tout en signalant que la pénicilline semble ouvrir une ère nouvelle.

Sur la méningite à « bacterium coli » à propos d'un cas observé chez un nourrisson de 10 mois. — M. Lamy, Mlle Jammet et M. Palcy. — Enfant de 10 mois atteint de méningite à *bactérium coli*. Cas non exceptionnel chez le nourrisson étant donné l'importance de l'infection de l'oreille semblant jouer le rôle d'un relai lors de la bactériémie. Les auteurs indiquent que le pronostic est sombre.

Un procédé technique permettant d'identifier facilement l'espace intervertébral cherché au cours des opérations pour sciatiques : le repérage coloré profond préopératoire sous contrôle radiologique. — MM. de Sèze, Guillaume, Boucard et Mazard. — Le malade est couché à plat ventre sur une table radiologique : une aiguille est enfoncée verticalement à 1 cm. de la ligne des apophyses épineuses et poussée jusqu'au contact du ligament jaune correspondant à l'espace incriminé. Un cliché doit être conservé comme témoin permettant de s'assurer que l'aiguille est bien située en regard de l'espace voulu.

Vingt cas d'osthéopathie de la faim avec fractures ou images fracturaires observés au cours de l'année 1945. — MM. de Sèze, Ordonneau et Godlewski. — Chez 13 malades, l'ostéopathie de famine réalisa au complet le syndrome clinique et radiologique de Loosor-Debray-Milkman. Il faut penser à l'ostéopathie de carence chez des femmes hyperalgiques dont les symptômes rappellent soit ceux d'un rhumatisme vertébral, soit ceux d'un cancer osseux métastatique.

Séance du 15 février 1946

Maladie hémolytique du nouveau-né traitée par du sang Rh : positif. — MM. Tzanck, André et Bessis. — Dans ce cas la mère était Rh négatif, le père Rh positif ainsi que l'enfant. Il est probable que les transfusions ont empêché l'issue fatale mais n'ont pas remonté le taux des globules rouges comme on le constate quand on pratique les transfusions avec du sang Rh négatif libre.

L'acide para-amino-benzoïque en thérapeutique. — MM. Benda et Poirot. — Les auteurs rappellent les succès qu'ils ont obtenus par l'emploi de l'acide para-amino-benzoïque d'une part dans les dyspnées quelle qu'en soit la cause et, d'autre part, dans le traitement des cavernes inertes sous le pneumothorax et des cavernes ballonnées.

Séance du 22 février 1946

Leptospirose à L. grippo-typhosa. — M. Leblanc et Mme Kolochine-Esber. — Cas d'un homme ayant présenté les signes nets d'une leptospirose à L. grippo-typhosa contractée dans un étang de Bourgogne. Séro-diagnostic positif.

Silicose grave apparue après un temps d'exposition très court chez un malade atteint de rétrécissement mitral. — MM. Donzelot, Meyer, Galmiche et Chartrain. — Observation d'un homme atteint de sténose mitrale ayant présenté les signes d'une silicose grave, survenue après une exposition totale de 280 heures au poussières de silice. Ce fait démontre que les délais nécessaires à l'apparition de la silicose sont plus courts que ceux prévus par l'ordonnance récente.

Pneumo-chylothorax spontané curable. — MM Pruvost, Brincourt et Roman. — Le chylothorax spontané paraît très rare comparé aux chylothorax traumatiques. Dans le cas actuel, il s'est agi d'un pneumothorax spontané bénin en rapport avec la rupture d'une cavité pulmonaire non tuberculeuse. Ultérieurement apparut un chylothorax sans température qui fut évacué et dont l'air fut aspiré, ce qui arrêta la reproduction du liquide, la dyspnée et l'amaigrissement.

Ictère grave avec manifestations cutanées. — MM. Fiessinger et Aussanaire. — Ce fait a trait à deux observations d'ictère grave avec manifestations cutanées. Chez le premier malade il s'est agi d'une cirrhose de Marchand-Mallory avec ictère fébrile au cours de laquelle apparut une éruption simulant un pityriasis rose de Gibert, qui devint purpurique. Chez le second, l'ictère s'accompagna d'une éruption cutanéo-muqueuse et d'aggravation de l'état général. Le malade mourut. A l'autopsie, foie typique d'atrophie jaune aiguë, avec dégénérescence parenchymateuse.

Association probable de pasteurellose et de biokoshio (sodoku par morsure de chat). — MM. Mollaret et Digo. — Observation du premier cas connu de cette association : cas d'un sujet mordu au médius droit par un jeune chat et qui présente un syndrome évident de sodoku avec propriétés lytiques du sérum. Le traitement par l'arsénobenzol fit disparaître tous les

troubles sauf l'adénopathie sous-claviculaire. La pénicilline injectée à raison de 50.000 unités, resta sans effet. Guérison par ponctions successives.

Le dépistage systématique de la tuberculose chez les prisonniers de guerre déportés. — MM. Pierre-Bourgeois et Genévrier. — Il s'agit dans ce travail des résultats de radio-dépistage systématique au cours des opérations du rapatriement. Les résultats ont été les suivants : 833.410 clichés on été pris, on trouve : 6 % de clichés illisibles, 90 % d'images thoraciques normales, 2 % de sujets suspects de tuberculose en évolution, 0,03 d'anomalies thoraciques non pulmonaires.

Il faut ajouter que chez les prisonniers de guerre les anomalies pulmonaires suspectes atteignent à peine 1,5 %. Le pourcentage augmente chez les travailleurs volontaires. Chez les déportés du travail les chiffres oscillent entre 2 et 3 % pour les Alsaciens rapatriés et chez les déportés politiques, le pourcentage est plus élevé.

Séance du 1er mars 1946

Cardiospasme : Première intervention ; résultat transitoire ; réintervention (opération de Heller). Complications pulmonaires ; pénicilline intra-pulmonaire ; guérison. — MM. Idrac, Cazeille et Tringaut.

Anémie grave fébrile avec agranulocytose ; amélioration passagère par pénicilline ; terminaison par lymphoblastose aiguë. — MM. Ledieu, Bardelet et Brenet (Lille).

Péritonite aiguë rhumatismale. — MM. Gras et Vautier (Sables-d'Olonne). — Cas d'un malade sans antécédent rhumatismal connu, présentant un syndrome péritonéal aigu, nécessitant une intervention d'urgence. Constatation d'un épanchement séro-fibrineux, d'une ascite libre, d'une pleurésie et d'un souffle d'insuffisance mitrale. Guérison en quelques jours par salicylate intra-veineux.

Ictère hémolytique acquis avec anémie intense et splénomégalie. Réactions de Wassermann et de Meinicke positives. Guérison et négativation des réactions sérologiques sans traitement antisyphilitique. — MM. de Sèze, Ordonneau et Godlewski. — Apparition chez une femme de 40 ans sans antécédents d'un ictère avec asthénie coïncidant avec une splénomégalie et une anémie importante. Etat général amélioré par transfusions et extraits hépatiques. Aucun traitement antisyphilitique. Les réactions sérologiques deviennent négatives. Ce fait vient à l'appui de l'apparition au cours de certaines anémies hémolytiques de réactions sérologiques en dehors de la syphilis.

Danger des solvants benzéniques employés par les artisans travaillant le cuir. — MM. de Sèze, Ordonneau, Godlewski. — Femme de 68 ans travaillant chez elle à la fabrication des chaussures en cuir, est atteinte d'un purpura hémorragique que les extraits hépatiques améliorent légèrement sans amener la guérison. Mort sans hémorragies ni signes d'aleucie. A signaler le danger des solvants benzéniques pour les artisans travaillant chez eux sans surveillance médicale.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 12 janvier 1946

Mode d'action de l'insuline. — M. M. Polonovski voit un des modes d'action de l'insuline dans l'antagonisme que cette hormone exerce vis-à-vis de l'hormone antéhypophysaire qui inhibe normalement la réaction primordiale du métabolisme glucidique : la transphosphorylation du glucose. Cette donnée permet de comprendre pourquoi le catabolisme du glycogène et le fonctionnement musculaire restent normaux chez le diabétique. Mais les variations de l'indice chronique résiduel du plasma après injection d'insuline ou d'hormone antéhypophysaire chez le chien normal ou dépancréaté, laissent prévoir que l'insuline intervient en outre en un stade ultérieur du catabolisme glucidique.

Effets cardiaques du potassium chez le cobaye. — Mme Th. Gayet-Hallion a vu l'injection intraveineuse de 100 à 150 mgr./kg. de K. Cl entraîner 5 fois sur 15 des accidents mortels, des blocs de branche se transformant rapidement en blocs intraventriculaires.

Etudes sur un anticorps anti-Rh « incomplet ». — M. Bessis a trouvé dans le sérum d'une femme ayant eu un enfant atteint d'anémie aiguë curable, d'une part, un anticorps anti-Rh « incomplet », c'est-à-dire ne donnant pas de réaction avec les globules Rh positif, mais empêchant ces mêmes globules de réagir avec un autre sérum anti-Rh « complet » ; et d'autre part, une agglutinine anti-Rh capable d'agglutiner certains échantillons de sang, par exemple ceux du mari et de l'enfant, tous deux du groupe O Rh+.

Etude sur l'agglutinogène Rh_2. — M. Bessis a fait l'étude statistique de la répartition et de l'hérédité du groupe Rh_2 dans la population française à l'aide d'un anticorps trouvé chez une femme Rh positif.

La nicotamidémie chez les tuberculeux. — MM. J. Paraf et J. Desbordes insistent sur la déficience en amide nicotinique du tuberculeux grave et cachectique, qui signerait peut-être l'absence de défense vis-à-vis des acides gras à double liaison de Bun-Hoi.

Effet de divers spasmolytiques sur la chronaxie de l'utérus gravide de cobaye soumis à des agents contracturants. — Mme B. Chauchard et MM. P. Chauchard et L. Pérel.

Séance du 26 janvier 1946

Transformation de l'hématine en pigment biliaire chez le chien. — MM. H. Bénart, A. Gajdos, M. Polonoski et M. Tissier, en injectant du chlorhydrate d'hématine au chien porteur d'une fistule cholédocienne, constatent la très facile transformation de l'hématine en pigment biliaire. Pour de fortes doses, l'hématine passe en partie dans la bile, mais ne franchit pas la barrière rénale, différant en cela nettement de l'hémoglobine.

Modifications humorales au cours des cancers. Remarques préliminaires. — MM. R. Huguenin et R. Truhaut ont repris cette étude en recourant à des méthodes éprouvées et toujours identiques, et en liaison étroite avec l'étude clinique des divers types de cancer, leur degré d'évolution, leur structure, leurs métastases.

Le magnésium sanguin chez les cancéreux. — MM. R. Huguenin, Truhant et Cl. Halleux concluent de 150 dosages que le taux du magnésium dans le sang ne diffère guère chez les cancéreux et chez les individus normaux. Cependant le terrain cancérigène (plusieurs cancers successifs chez un même individu) peut s'accompagner d'un taux de magnésium sanguin particulièrement élevé.

Effets antibiotiques de la pénicilline. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman montrent que la guérison des souris contaminées de staphylocoques et traitées par des doses fréquemment renouvelées de pénicilline, n'a pas lieu si les animaux reçoivent de la pénicilline en trois piqûres sous-cutanées. Alors que la pénicillinase (antipénicilline) secrétée par *B. coli* antagonise *in vivo* l'activité antibiotique de la pénicilline sur le staphylocoque, celle élaborée par le *B. subtilis*, active *in vitro* et préparée par Pérault, se montre inopérante. La synergie entre les sulfamides et la pénicilline, conformément aux constatations de Ungar et de Bonet-Maury et Pérault est réelle et jusifie l'utilisation de la pénicillinothérapie associée au traitement sulfamidique.

Les tréponèmes récidivants deviennent-ils pénicillino-résistants ? — MM. C. Levaditi et A. Vaisman n'ont pas vu les tréponèmes des lésions syphilitiques scrotales récidivantes des lapins traités préventivement ou curativement par des doses insuffisantes de pénicilline, devenir pénicillino-résistants.

La pénicilline s'accumule-t-elle dans le chancre chez les lapins syphilisés expérimentalement ? — M. C. Levaditi et A. Vaisman n'ont constaté aucune accumulation de pénicilline dans la lésion tréponémique scrotale, là où la lutte s'engage entre le principe antibiotique et le *Treponema pallidum*.

Action de la pénicilline sur le virus récurrentiel résiduel névraxique. — MM. C. Levaditi et A. Vaisman ont obtenu la destruction du virus récurrentiel résiduel névraxique chez les souris contaminées de longue date avec des doses relativement faibles de pénicilline injectées par voie transcranienne, alors que des quantités même dix fois supérieures, administrées par voie sous-cutanée, se révèlent inefficaces.

Nouvelle théorie sur la constitution des enzymes. — M. F. Jayle adjoint aux deux constituants classiques des peroxydases (coenzyme, apoenzyme), une troisième fraction : l'haptoenzyme, de nature polyholosidique, en l'absence duquel le catalyseur biologique se soustrait aux lois fondamentales de l'enzymologie.

Identification biochimique de l'haptoglobine. — MM. F. Jayle et Abdellatif isolent l'haptoglobine du sérum d'homme, de cheval et de chien. Ils en déterminent la nature glycoprotéidique et la classent dans le groupe des globulines α. Malgré leurs caractères physiques semblables, les haptoglobines des diverses espèces animales ont une constante de précipitation saline très différente. La séparation classique des protéines sériques en albumines et globulines n'aurait aucune valeur biochimique.

Action des protéines sériques sur la vie cellulaire. — MM. F. Jayle et A. Schwob, d'une étude manométrique effectuée sur la respiration de différents tissus en présence de concentrations variables en protéines sériques purifiées, concluent que ces dernières ont un double effet sur la vie cellulaire : une action physicochimique exercée par la pression onkotique des protéines ; un rôle énergétique, à l'égard du tissu rénal en particulier, vis-à-vis duquel le sucre protéidique fait fonction d'un véritable glucidogène circulant, pouvant remplacer la glucose.

La formule cellulaire endocrinienne des îlots de Langherhans au cours de la dérivation biliaire. — M. J. Verne et Mme S. Julien Marie ont vu cette formule se modifier au cours de l'hypergenèse considérable des îlots de laglerano au cours de la dérivation biliaire chez le chien (et aussi dans un cas chez un enfant) : l'augmentation porte essentiellement sur les cellules β, insulino-sécrétrices, tandis que les cellules α, que l'on admet productrices d'hormone lipocaïque sont moins nombreuses qu'à l'état normal.

La vitamine P et l'oxydation de la vitamine C. — MM. J. L. Parrot et H. Cotereau montrent qu'un mélange épimères de la catéchine droite, utilisée comme type de vitamine P, ralentit *in vitro* l'oxydation de lavitamine C, et inversement ce dernier ralentit l'oxydation de la catéchine. Ceci confirme l'existence d'une relation fonctionnelle entre ces deux vitamines.

Action des extraits d'Aspergillus fumigatus sur l'ultra-virus de la maladie de Carré et sur les staphylocoques. — M. J. Guillon et Mme A. Vaudremer font connaître les résultats obtenus chez les chiens atteints de maladie de Carré et dans un cas de staphylococcie humaine.

Anomalies sériques, immunité et sensibilité à la strychnine. — MM. Ph. Barral et J.-C. Bruchon ont pu obtenir par injection de strychnine additionnée de gélose, une action vaccinante. Certains sérums protecteurs sont immunisants à faible dose et sensibilisants à dose plus élevée, ce qui correspondrait à deux fractions différentes, l'une immunisante, l'autre sensibilisante, coexistant dans le même sérum.

Recherches chronaximétriques sur l'intoxication alcoolique chronique expérimentale : essai de protection par les sucres et la vitamine B_1. — M. P. Chauchard, Mme H. Mazoué et M. R. Lecoq montrent, au moyen de déterminations chronaximétriques pratiquées sur le rat, que l'excitation nerveuse de l'alcoolisme chronique est à l'origine des troubles de la polynévrite alcoolique. Sous l'influence d'une injection sous-cutanée d'alcool, les troubles chronaxiques s'amendent transitoirement : ainsi l'injection de doses dégressives pourrait favoriser la désintoxication des alcoomanes. Par contre, les sucres, les vitamines B_1 et B_2 n'ont qu'une activité faible ou nulle.

Election. — M. de Fonbrune est élu membre titulaire.

Séance du 9 février 1946

Modifications chronaxiques des avitaminoses B strictes ou mixtes chez le rat et chez le pigeon. — MM. R. Lecoq, Chauchard et Mme Mazoué.

Action de quelques esters de la choline, de la B méthylcholine et de quelques substances apparentées à la choline sur l'intestin isolé de rat. — Mlle J. Lévy présente une note de M. Paby qui a pu classer, d'après leur activité sur le péristallisme intestinal, toute une série d'esters de la choline, de la B méthylcholine et de substances apparentées.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 18 janvier 1946

Allocution du Président sortant. — M. Carle Roederer.

Allocution du Président pour 1946. — M. G. Luquet.

Cancers du rein et hématurie. — M. Le Gac, montrant qu'il n'y a aucun rapport entre l'abondance de l'hématurie et le développement des tumeurs rénales, apporte à l'appui deux observations de néphrectomie.

Dans la première, l'hématurie était importante : il s'agissait d'un épithélioma à cellules claires ; le petit néoplasme avait été décelé par pyélographie rétrograde.

Dans la deuxième, l'hématurie était légère, presque négligeable, mais la tumeur rénale était volumineuse, avait l'aspect radiographique d'un kyste hydatique et siégeait au rein droit supérieur d'un malade qui avait un rein double bilatéral méconnu (épithélioma papillaire). Néphrectomie. Guérison.

Séance du 1er février 1946

Eloge de M. René Bonamy.

Deux cas de maladie de Madelung, dont l'une compliquée tardivement de rupture spontanée des tendons extenseurs des trois derniers doigts. — MM. Masmonteil et Leuret présentent un cas de maladie de Madelung du poignet droit, accompagné de la rupture spontanée tardive, à l'âge de 65 et 66 ans, des tendons extenseurs des trois derniers doigts.

La résection de la tête cubitale hypertrophiée et la suture des tendons donnent un résultat parfait au bout de quinze jours.

Ostéolyse post-traumatique du pied consécutive à une fracture de jambe grave. — MM. Masmonteil et Leuret présentent un malade auquel ils ont fait une sympathectomie périfémorale.

Boiterie. Insuffisance du moyen fessier et marche antalgique. — MM. L. Lamy et R. Weiss font une étude comparative à l'aide de quelques observations de la boiterie par insuffisance du moyen fessier (luxation congénitale de la hanche, paralysie du muscle, etc.) et de la marche antalgique, caractérisée par l'horizontalité du bassin, la cassure du tronc, le déport de l'épaule et l'écartement du bras, qui précèdent et suivent l'appui unilatéral.

Cette boiterie peut souvent être améliorée par une arthrodèse.

Lymphangiome kystique du mésentère. Infection secondaire simulant une appendicite. Résection intestinale. Guérison. — MM. Laurent et Busser ont opéré, d'urgence, un enfant de 4 ans, dont l'affection, à début brusque, se traduisait par des douleurs et de la fièvre, simulant une appendicite. Ils ont trouvé, à 40 cm. de la fin du grêle, une tumeur kystique enserrant les deux faces du grêle. Résection intestinale. Anastomose bout à bout. Guérison.

Les auteurs soulignent la difficulté du diagnostic dans les cas d'infection secondaire des lésions kystiques du mésentère.

Histoire d'un nævo-carcinome du pouce consécutif à un traumatisme. — M. Burty présente l'observation d'une malade qui, après un traumatisme du pouce ayant suppuré, a vu apparaître, un an après, de petites tumeurs dermo-épidermiques disséminées au poignet et à l'avant-bras.

Mauvais état général, douleurs très violentes, volumineuse adénopathie axillaire.

Une biopsie fait poser le diagnostic de nœvo-carcinome du type le plus malin. Or, la guérison est survenue rapidement après application du mélange de Morestin.

L'auteur souligne la nécessité de répéter les examens histologiques, surtout lorsqu'ils pourraient entraîner une mutilation.

ANALYSES

La pratique de l'infiltration stellaire en neuro-rhumatologie. Technique, indications, résultats. — MM. S. de Sèze, A. Ryckwaert, Y. Guegen et R. Roisin. — *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, 22e année, n° 3, 21 janvier 1946, pp. 87-106, 27 figures.

Dans cet article, les auteurs décrivent d'abord, d'une façon détaillée, les différentes voies d'accès utilisées pour l'infiltration du ganglion stellaire : voie antérieure de Leriche et Fontaine (1934), voie externe de Gomard (1936), voie postérieure de Wertheimer (1936), voie inféro-externe d'Arnull (1938). Ils montrent qu'aucune de ces voies n'est exempte d'inconvénients. A la suite de recherches sur le cadavre, ils ont établi une technique personnelle : voie antérieure haute. Ils la décrivent avec une grande précision et un luxe de figures démonstratives qui ne laissent échapper aucun détail du procédé Celui-ci précis, indolent, non dangereux, facile d'exécution, donne des réussites constantes.

Les auteurs montrent ensuite, par des exemples, l'efficacité de l'infiltration stellaire dans toute une série d'affections du membre supérieur : algies d'origine sympathique, certaines douleurs radiculaires, les manifestations douloureuses du rhumatisme chronique des mains et des doigts (nodosités d'Heberden), la périarthrite douloureuse et ankylosante de l'épaule, la sclérodermie avec scléro-dactylie, la maladie de Dupuytren.

Cet important article se termine par une bibliographie complète de la question.

M. L.

Les amputations « discréditées » du membre inférieur. — G. Hendrix (Bruxelles). — *Acta orthopedica Belgica* (Bruxelles), t. XII, fasc. I, janvier 1946, pp. 1-16.

Dans un article de la *Presse Médicale* du 13 septembre 1939 : moignons utiles et moignons utilisables du membre inférieur, le Pr Leriche déclare que les appareilleurs n'acceptent pour bonnes et recommandables amputations que la transmétatarsienne, le Lisfranc, le Syme, les amputations de jambe et cuisse à la partie inférieure du tiers moyen.

M. Hendrix, dont la haute autorité en matière d'appareillage n'est pas discutée, s'élève contre une telle affirmation. Par une série de malades présentés à la Société belge d'orthopédie et dont plusieurs, amputés des deux jambes, avec une amputation « discréditée » d'un côté, dont ils se montraient parfaitement satisfaits, soutient son opinion.

Pour lui, si le moignon est de bonne qualité : moignon mobile, en équilibre musculaire, en bonne position statique, bien cicatrisé, indolore, sans troubles circulatoires, sont parfaitement appareillables :

1° La désarticulation des orteils ; 2° la transmétatarsienne ; 3° le Lisfranc ; 4° le Chopart ; 5° les atypiques genre Chopart ; 6° le Syme ; 7° le Pirogoff ; 8° la jambe tiers moyen bas ; 9° la jambe tiers supérieur ; 10° la jambe quart supérieur ; 11° le tibia, sous la tubérosité ; 12° le tibia transtubérositaire ; 13° la désarticulation du genou ; 14° la trans et supercondylienne ; 15° le Gritti ; 16° le quart inférieur du fémur ; 17° le tiers inférieur du fémur ; 18° le tiers supérieur du fémur ; 19° la sous-trochantérienne ; 20° la désarticulation de la hanche.

L'opinion inverse, réduisant à quelques-unes les amputations appareillables, provient du moindre effort des fabricants qui tendent à réduire les appareils à quelques types uniformes.

M. L.

Tumeur du corpuscule carotidien. — M. J. Leuret. Rapporteur M. Masmonteil. — *Bulletins et mémoires de la Société des chirurgiens de Paris*, t. XXXV, nos 9 et 10, 1945, pp. 141-151.

Tumeur du corpuscule carotidien prise cliniquement et opératoirement pour un anévrisme de la carotide : ligature des carotides et exérèse en masse ; hémiplégie gauche le deuxième jour ; décès le quatrième jour.

L'auteur fait, à propos de cette observation, une revue générale de la question, suivie d'une bibliographie très complète.

M. L.

Les adénopathies dans les rhumatismes articulaires chroniques par M. P. Rochu (*Thèse de Marseille*, 1945), imprimerie du *Petit Marseillais*, 160 pages, 10 figures.

Dans une étude extrêmement fouillée (42 observations, 8 biopsies ganglionnaires, 1 biopsie splénique, 3 myélogrammes, 8 hémogrammes, 2 examens directs et 3 inoculations au cobaye de suc ganglionnaire), l'auteur étudie les adénopathies qui surviennent dans les rhumatismes chroniques inflammatoires et qui dépendent de cette maladie.

Elles se rencontrent exclusivement dans les formes évolutives ou dans celles qui ont cesssé récemment d'évoluer (74 pour cent des cas) : elles ne manquent qu'en cas de sénescence anormalement précoce.

Elles ont trois sièges d'élection : aisselles, aines, épitrochlées, cette dernière localisation ayant une quasi-spécificité réactionnelle à l'égard de la maladie. Il est possible, mais non encore démontré, qu'il y ait aussi des adénopathies viscérales. Le volume des ganglions ne dépasse pas celui d'un œuf de pigeon. En période évolutive, les ganglions ont parfois une légère sensibilité douloureuse. Ils sont fermes, roulant sous les doigts, sans grosse périadénite. Ils ne suppurent jamais : l'examen bactériologique est toujours négatif. Les poussées, comme les rétrocessions, sont généralement synchromes au niveau des articulations et des ganglions. Les adénopathies finissent par disparaître complètement.

L'auteur décrit très complètement les lésions histo-pathologiques des ganglions, elles sont remarquablement univoques avec, cependant, des nuances suivant que la modalité est subaiguë, traînante ou franchement chronique. Le contexte hématologique montre une anémie avec tendance à la leucopénie, souvent une polynucléose, parfois un peu de monocytose. Les myélogrammes sont normaux.

Du point de vue diagnostic, la présence d'adénopathies permet de faire le diagnostic de rhumatisme chronique à forme inflammatoire. Leur signification pronostique est relativement favorable : elles dénoncent des formes sensibles à la chrysothérapie.

Pour ce qui est de la pathogénie, l'adénopathie, comme l'arthrite et la splénomégalie, manifeste l'atteinte du système réticulo-endothélial : les rhumatimes articulaires chroniques à forme inflammatoire sont beaucoup plus qu'une maladie articulaire. L'auteur discute l'autonomie du syndrome de Chauffard-Still : ni la clinique, ni l'hématologie, ni l'anatomie pathologique, ni la thérapeutique ne le distinguent des autres rhumatismes chroniques à forme inflammatoire.

Travail consciencieux et clair : de bonnes microphotographies, une excellente bibliographie viennent mettre en valeur le texte.

F. F.

Le Chardon bénit (Cnicus benedictus L.) contre la douleur.

M. Henri Leclerc, rappelant ses travaux antérieurs, cite dans la *Presse Médicale* du 5 janvier 1946, la thèse que M. René Anger vient de consacrer à l'action sédative du Chardon bénit.

L'auteur a constaté son efficacité, notamment dans les douleurs rhumatismales, et le zona. Il préconise l'extrait fluide à la dose de C gouttes renouvelées jusqu'à 4 fois en 24 heures.

Ce traitement amène une sensation d'euphorie, il est dénué de toute toxicité. Il semble qu'il n'y ait que des avantages à le prescrire.

L.

Remarques sur le traitement chirurgical, par voie antérieure, de certaines fractures supra-condyliennes de l'humérus particulièrement graves, avec quelques résultats éloignés. — MM. E. Sorrel et Y.-J. Longuet. — *La Semaine des Hôpitaux de Paris*, n° 4, 28 janvier 1946, pp. 1-10, 22 fig.

La fracture supra-condylienne de l'humérus de l'enfant est, dans l'immense majorité des cas, une fracture fermée. Cependant dans quelques cas de fractures par extension, il peut arriver que le fragment supérieur tranchant vienne perforer les téguments à travers le brachial antérieur et le biceps.

Dans ces cas, les auteurs recommandent comme voie d'abord du foyer une large incision transversale, avec deux prolongements latéraux et verticaux : l'un interne, descendant, qui permet la découverte et l'exploration du paquet vasculo-nerveux souvent lésé dans ces cas, à grand déplacement ; l'autre externe, ascendant, qui expose le fragment supérieur.

La réduction s'opère au moyen d'un levier introduit entre les deux fragments. Si la contention est instable, elle est maintenue par un fil métallique fixé sur un poinçon qui est noyé dans le plâtre. L'un et l'autre sont retirés après quelques jours.

Les auteurs montrent par 9 observations qu'une réduction anatomique et un résultat fonctionnel parfait peuvent ainsi être obtenus de manière habituelle dans ces fractures graves.

M. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

(*Suite de la page* 139)

30 *janvier* 1946. — M. Villain. — Lésions sous-périostées du rachis.

M. Legrand. — Mésenchymoses osseuses généralisées.

M. Dodart. — Prophylaxie du typhus.

Mme Thyss-Dufour. — Etude du rétrécissement aortique calcifié.

M. Legrand. — Le camp de Bergen-Belsen en 1945.

31 *janvier*. — M. Sanson. — Etude des tumeurs à myéloplaxes des maxillaires.

M. le Poncin. — Technique indicative et résultats de l'iridencleisis dans le glaucome.

6 *février*. — M. Questiau. — Les néphrites morbilleuses.

M. Albertus. — Considération sur l'abcès du poumon.

M. Schonfeld. — Confusion mentale.

M. Penk. — Ostéopathies de carence.

M. Le Glouhaec. — Le placenta praevia.

M. Hirsch. — L'ileo colo rectoplastie.

7 *février*. — M. Caux. — Rétrécissement de l'isthme de l'aorte.

M. Joye. — Paralysies du nerf récurrent droit.

M. Brioley. — Variation normale et pathologie du carotène du sang.
M. Coutureau. — Insuffisance alimentaire chez les humains.

13 *février.* — M. Boivin. — Injections intra-variqueuses de iodo-iodure-sodium.
M. Troussat. — Mort subite chez les addisoniens.
M. Barrigue de Montvalon. — A propos de 500 cas de vaccins.
M. Schoenfeld. — Confusion mentale.
M. Delaunay. — Cas de typhus.
M. David. — La sulfamidothérapie préventive

14 *février.* — Mme Merleau-Ponty. — Traitement de l'hydrocéphalie.
M. Laurent. — La médecine préventive universitaire.
M. Dubois. — L'amputation du sein au bistouri diathermique.

20 *février.* — M. Monod-Broca. — Premiers essais du traitement par la pénicilline.
M. Guillot. — Ponction ganglionnaire technique.
M. Clément. — Le tissu adipeux.
M. Avenel. — Dosage chimique et biologique des vitamines.
M. Gonand. — Les ordonnances des rois de France.
M. Séropian. — Sur 15 ans de silicose.
M. Binoche. — Diagnostic et indication thérapeutique des abcès des hémisphères cérébraux.
M. Thévenin. — Traitement actuel de l'ostéomyélite.
M. Loubrieu. — Trois frères atteints de maladies hémolytiques.
M. Mauduit. — Etude des méningo-encéphalites morbilleuses.
M. Loez. — Opération de Coffey.

28 *février.* — M. Mandel. — Traitement des ulcères.
M. Corcodel. — Acquisitions récentes sur le traitement des brûlés.
M. Senecal. — Dermatomyosites.
M. Dugast. — Les syphilis inapparentes sont-elles contagieuses ?
M. De Thy. — Traitement des pleurésies par sulfamidothérapie.
M. Fresneau. — Boëtes d'Helvétius dans les épidémies en Bretagne au XVIIIe siècle.

7 *mars.* — M. Cantonnet. — Rééducation acoustique.
M. Durand. — Accidents agranulocytaires.
M. Bailly. — Enclouage des fractures du col du fémur.

8 *mars.* — M. Frapsauce. — Retentissement des restrictions sur le fer du sang.
M. Pineau. — Disparition des œdèmes de carence.
M. Millet. — Cryptoleucémies à forme anémique.
M. Bouffard. — Intoxication par le cadmium.
M. Carpentier. — Tuberculose en Ille-et-Vilaine.
M. D'Œlsnitz. — Syndromes de puberté chez la petite fille.
M. Macqueron. — Nouvelle technique du traitement des fractures chez l'enfant.
M. Gales. — Etude de l'appendicite familiale.

20 *mars.* — M. Gaignoux. — Infections typhoïdiques et para-typhoïdiques.
M. Hervouet. — Traitement des pleurésies purulentes par la pénicilline.
M. Aupetit. — Atélectasie pulmonaire d'origine nerveuse.
M. Philippe. — L'orthédrine dans le traitement de l'énurésie nocturne.
M. Cesbron. — Torsion des kystes luteiniques.
M. Poulain. — Méthodes modernes d'analgésie en obstétrique.
M. Sourice. — Le cancer primitif pleuro-pulmonaire chez l'enfant.
M. Lagrange. — Injections intraveineuses d'huile de foie de morue.
M. Bellot. — Etude de l'hydrolipopexie.
M. Zaoui. — Action des hormones androgènes sur l'organisme femelle.
M. Loiseau. — Enervation de la hanche.
M. Charpentier. — Hypertrichose post-traumatique.
M. Guin. — Lambiase intestinale et vésiculo-hépatique.
M. Lacroix. — Rhumatisme tuberculeux de Poncet.
M. Poulain. — Traitement chirurgical de l'épilepsie essentielle.
M. Breuillard. — Service médical dans un camp de déportés.

THESES VETERINAIRES

6 *février.* — Mme Dufetrelle. — Les névroses vitulaires.
M. Nodiot. — Des races ovines du pays basque.
M. Hanin. — Recherches sur les possibilités nutritives de l'Oseine.
M. Bouderlique. — Contribution à l'étiologie de l'actinomycose mammaire.

14 *février.* — M. Martin. — Considération sur l'élevage du mouton dans le département de l'Eure-et-Loir.

27 *février.* — M. Bozo. — Responsabilité civile du maréchal-ferrant.
M. Pechenart. — Désinfection en médecine vétérinaire.
M. Chevrier. — Prophylaxie du varron en France et à l'étranger.

7 *mars.* — M. Guiochon. — Contribution à l'étude des demodescoses animales.
M. Bouthière. — Fourbure de parturition et azotémie chez la jument.
M. Laffolay. — Tumeurs de la mamelle chez les herbivores.

21 *mars.* — M. Briand. — Cryptorchectomie chez le chat et le chien.
M. Seigel. — Impuissance par dysfonction des muscles rétractants du pénis chez le taureau.

NOTES POUR L'INTERNAT

CROUP

Malgré les progrès thérapeutiques récents, le croup reste une des formes les plus redoutables de la diphtérie. Rare chez l'adulte et chez le nourrisson, il s'observe surtout chez les enfants de deux à six ans.

Dans sa forme classique, le croup succède à une angine diphtérique non traitée, ou traitée trop tardivement : bien que cette forme classique ne soit plus, de nos jours, la plus fréquente, c'est elle que nous prendrons pour type de description.

Symptômes du croup classique

On distingue trois phases schématiques dans son évolution.

a) *Phase dysphonique :*

Un enfant fatigué, abattu, très pâle, dont la température ne dépasse pourtant pas 38° présente un peu de dysphagie, et surtout une extinction presque complète de la voix, contrastant avec une toux demeurée bruyante et rauque. Il existe en même temps un coryza séro-sanguinolent, volontiers unilatéral, corrodant la lèvre supérieure.

L'aspect général de cet enfant, les modifications bien particulières de la voix et de la toux doivent suffire à faire songer au croup. D'ailleurs, la présence de ganglions engorgés et douloureux, ainsi que celle des fausses membranes sur les amygdales et les piliers, confirment le diagnostic.

A ce stade, le croup n'est qu'une alerte. Bien traité, il doit guérir en deux ou trois jours.

En l'absence de traitement, l'évolution se fait vers la phase dyspnéique.

b) *Phase dyspnéique :*

Celle-ci débute 24 à 48 heures après la précédente. Elle est annoncée par un signe d'alarme bien connu : l'extinction de la toux.

La dyspnée commence par de tout petits accès, s'accompagnant d'angoisse et d'un peu de tirage, mais dans l'intervalle desquels l'enfant respire encore librement.

Ces accès vont se rapprocher et la dyspnée devient alors per-

manente. L'enfant est agité, anxieux, refuse de s'alimenter, ne trouve plus de sommeil. L'origine laryngée de cette dyspnée ne fait aucun doute, devant le cornage caractéristique, et surtout le tirage inspiratoire, qui ne manque jamais. On remarque parfois un bruit de drapeau, causé par le flottement d'une fausse membrane.

Sur ce fond de dyspnée permanente vont maintenant se greffer de grands accès de suffocation, qui débutent brutalement, provoqués par un effort, une petite émotion, une tentative d'examen, souvent sans cause apparente. Liés à un spasme de la glotte, ces accès durent parfois plusieurs minutes interminables. L'enfant est cyanosé, on se demande s'il ne va pas tomber en syncope, lorsque, tout à coup, le spasme cède, tandis que des fragments de fausse-membrane, mêlés de sang, sont parfois rejetés au milieu de violentes quintes de toux.

c) *Phase asphyxique :*

Epuisé par la dyspnée continue et par les grands accès de suffocation, le malade finit par renoncer à la lutte. Le tirage et le cornage s'atténuent, la conscience baisse, la respiration devient de plus en plus courte et superficielle. L'asphyxie achève son œuvre en quelques heures.

Formes cliniques

1° Le *croup sans angine blanche* se rencontre aujourd'hui bien plus souvent que le croup classique, non point que sa fréquence absolue ait augmenté, mais parce que les angines suspectes sont dépistées bien plus précocement que du temps des descriptions anciennes et parce qu'un traitement énergique leur évite presque toujours la complication laryngée.

Ce croup sans angine, qu'on appelait jadis « croup d'emblée », est, en réalité, toujours secondaire. Il s'agit de diphtérie rhino-pharyngée, occulte ou larvée, comme on en voit si souvent chez les jeunes enfants.

Sa sémiologie est la même que celle du croup classique, mais l'examen du pharynx ne montre aucune fausse membrane. Quelquefois on arrive, en déprimant fortement la langue, à dépister une fausse membrane sur l'épiglotte : c'est le signe de Variot.

Le pronostic de cette forme est souvent plus réservé que dans la forme classique, uniquement parce que diagnostic et traitement viennent parfois un peu tard.

2° Le *croup de la diphtérie maligne* est assez rare, les accidents laryngés survenant plutôt dans les diphtéries à grosses réactions locales..

3° Les *croups secondaires* à la scarlatine et surtout à la rougeole étaient, jadis, très fréquents, surtout en milieu hospitalier. L'isolement des malades entre eux, le dépistage des porteurs de germes et la sérothérapie préventive des cas suspects en ont diminué la fréquence.

Ces croups secondaires sont toujours très graves, parce qu'ils frappent des enfants déjà débilités et profondément infectés, mais surtout parce qu'ils viennent se greffer sur une laryngite œdémateuse ou ulcéreuse. Leur évolution est particulièrement riche en complications.

4° Les *croups partiels* restent localisés à l'étage sous-glottique du larynx, au moins au début. La sémiologie en est franchement anormale : la dysphonie est tardive ou manque, la dyspnée au contraire est à la fois précoce et inquiétante.

5° Les *croups de l'adulte*, enfin, sont très rares, mais importants à connaître à cause de leur sémiologie anormale. Quand il n'y a pas d'œdème, la dyspnée manque, le tableau rappelle alors celui d'une laryngite banale. Pour peu qu'il n'y ait pas de fausses membranes dans le pharynx et que l'on néglige l'examen laryngoscopique, ce croup risque d'être méconnu : le malade est exposé à une intoxication diphtérique prolongée, tout en favorisant la diffusion de la maladie.

Complications

Déjà redoutable par lui-même, le croup voit sa mortalité encore accrue par un certain nombre de complications. Nous n'insisterons pas sur les complications communes à toutes les localisations de la diphtérie, néphrites, myocardites, paralysies plus ou moins extensives, syndrome malin, précoce ou retardé Plus le traitement est tardif, plus on a de chances de les observer.

Les broncho-pneumonies sont un gros facteur de mortalité chez l'enfant, surtout dans le croup morbilleux, ou si on a été forcé à la trachéotomie.

Les *complications locales* proprement dites sont les suivantes :

1° L'extension à la trachée, avec exagération de la dyspnée, à la fois inspiratoire et expiratoire, orthopnée, parfois rejet d'une fausse membrane réalisant un moule bronchique ;

2° L'œdème sous-glottique, facteur supplémentaire d'obstruction ;

3° Les abcès laryngés et périchondrites, qui grèvent surtout le pronostic d'avenir par le danger de sténose cicatricielle, et qu'il faut craindre surtout dans deux cas : croup greffé sur une laryngite ulcéreuse (rougeole) et croup ayant exigé des soins traumatisants (tubage difficile) ;

4° Les paralysies laryngées, enfin, précoces, fondues dans un syndrome de diphtérie maligne suraiguë, tardives, souvent associées à une parésie du voile. Ces paralysies tardives finissent par guérir, mais elles peuvent durer des semaines ;

5° Citons l'exceptionnel faux-croup sérique de la convalescence.

Pronostic

Le pronostic varie avec l'âge du malade, ses possibilités de résistance, le temps qui a pu être perdu avant de commencer le traitement, le degré actuel d'intoxication diphtérique, les caractères même du croup, simple ou compliqué.

Un croup simple dépisté dès la phase dysphonique et immédiatement traité, guérit pour ainsi dire toujours, sans séquelles.

Le croup du très petit enfant, les croups morbilleux et septiques, les formes atypiques et dont le diagnostic est fait tard, l'œdème et l'extension trachéale comportent encore, aujourd'hui, une lourde mortalité.

Diagnostic

A la *phase dysphonique*, il faut distinguer le croup d'une laryngite banale. La notion de contagion, la pâleur, l'asthénie, le coryza séreux, la présence de fausses membranes dans le pharynx ou sur l'épiglotte, les ganglions, les modifications très spéciales de la voix et de la toux, tels sont les meilleurs éléments. Un prélèvement est toujours indispensable, son seul inconvénient est le délai de 18 à 24 heures pour avoir la réponse.

Les présomptions cliniques sont, le plus souvent, si bien établies qu'une réponse négative fait discuter plutôt l'erreur de laboratoire que l'erreur clinique. Encore doit-on se méfier d'une laryngite banale possible chez un porteur de germes.

A la *phase dyspnéique*, il faut éliminer les dyspnées extra-laryngées : pulmonaires, cardiaques, l'abcès rétro-pharyngien, le corps étranger méconnu. Il faut surtout bien distinguer le croup

des laryngites suffocantes non diphtériques. La notion de la dysphonie antérieure, des modifications si spéciales de la voix et de la toux, du début progressif de la dyspnée ont une grande valeur.

Certaines laryngites œdémateuses de la grippe ou de la rougeole, un œdème septique du larynx, des lésions enflammées d'hérédo-syphilis ou de papillomatose diffuse peuvent simuler le croup.

Certaines formes intenses et prolongées de laryngite striduleuse peuvent aussi évoquer le croup d'une manière déconcertante.

Dans ces cas difficiles, on n'a pas le temps d'attendre la réponse du laboratoire. Mieux vaut faire appel d'urgence au spécialiste, qui s'efforcera de pratiquer la laryngoscopie. Chez un petit enfant, cas le plus fréquent, il fera le plus souvent une laryngoscopie directe, parfaitement exécutable au lit du malade. La constatation de fausses membranes, sauf preuve bactériologique ultérieure du contraire, impose le diagnostic de diphtérie.

En cas de doute, il est tout à fait légitime de commencer la sérothérapie avant l'arrivée du spécialiste.

Les règles du traitement

a) *Traitement général :*

Rien n'a détrôné la sérothérapie. Comme il faut agir vite, on emploiera le sérum désalbuminé et à doses fortes. La posologie est fonction de l'âge, de la virulence présumée de l'infection, elle est assez variable suivant les écoles, mais tous les auteurs s'accordent à conseiller pour le croup des doses beaucoup plus fortes que dans une simple angine. La dose sera particulièrement élevée chez un malade vu tardivement, déjà intoxiqué, surtout si la dyspnée a fait son apparition.

Le sérum demande quelques heures pour agir localement. Pendant ces quelques heures, la dyspnée peut s'aggraver ou s'installer : une sérothérapie intensive et correcte ne dispense donc nullement d'une surveillance assidue.

Bien entendu, on ne négligera pas les toni-cardiaques, la strychnine, les extrait surrénaux. Il est sage de prescrire des antispasmodiques : belladone, codéine, antipyrine, notamment. Dans les croups septiques et les croups compliqués de broncho-pneumonie, les sulfamides sont de rigueur, parfois la pénicilline.

b) *Traitement local :*

En attendant les effets favorables du sérum, il faut veiller à maintenir la perméabilité des voies aériennes. Dès que le tirage existe de manière continue depuis plus d'une heure, dès qu'apparaissent des accès spasmodiques, il devient urgent d'intervenir. Lorsqu'on n'est pas dans un centre spécialisé, cela n'est point toujours facile.

1° Le tubage, méthode classique et peut-être un tantinet surranée, peut et doit encore rendre service dans la diphtérie. Mais il faut l'éviter quand il y a de l'œdème, à plus forte raison lorsqu'on redoute des ulcérations laryngées. Il est inopérant lorsqu'il existe d'importantes lésions sous-glottiques ;

2° L'aspiration sous contrôle laryngoscopique direct décape admirablement la muqueuse, permet l'ablation à la pince des fausses membranes obstruantes, peut être complétée par l'intubation directe avec le minimum de danger de traumatiser le larynx. C'est le seul moyen d'éviter la trachéotomie dans les lésions sous-glottiques, et la seule chance de salut si les lésions envahissent la trachée. Par contre, elle reste désarmée contre un important œdème obstructif ;

3° La trachéotomie reste l'ultime ressource tant que l'obstacle est purement laryngé. Mais il faut tout faire pour l'éviter, en raison du danger de broncho-pneumonie et de ses séquelles, d'autant plus à craindre que l'enfant est jeune. Son indication majeure est l'œdème sous-glottique, contre lequel les autres méthodes ne peuvent rien. En dehors de ce cas, il ne faut la faire que la main forcée.

Les indications respectives de ces trois méthodes reposent surtout sur les renseignements fournis par la laryngoscopie directe. En effet, quoi que l'on fasse, il faut que le sujet reste sous une surveillance compétente et permanente.

Pour conclure, nous dirons avec Grenet que « toute intervention est mauvaise ». C'est à la prophylaxie qu'il faut surtout s'attacher. Si malgré tout, on a la malchance d'observer un croup, le sérum reste notre meilleure ressource. Il faut gagner de vitesse l'apparition de la dyspnée. Le croup devrait devenir exceptionnel, en tous cas il devrait rester une affection purement médicale.

Pierre-Louis Klotz.

CHRONIQUE

Le dixième anniversaire de la mort de Charles Nicolle

Dix ans déjà ont passé depuis que la Science française a pris le deuil de Charles Nicolle. C'est pour célébrer cette illustre mémoire que se sont, le 23 mars, réunis à l'Institut Pasteur ceux, nombreux, qui lui ont conservé la fidélité du souvenir et chez qui l'usage habituel du bienfait n'a pas émoussé l'admiration pour le bienfaiteur.

Dans une conférence, d'une haute tenue littéraire, le Professeur Pasteur Vallery-Radot, membre de l'Académie française, a retracé les étapes de la vie et de la carrière du maître qu'il a si bien connu

Les débuts : à Rouen, puis à Paris, puis à Rouen de nouveau, où Charles Nicolle se cherchait encore lui-même, peut-être victime en quelque mesure de l'opposition entre ses aspirations premières et la voie que les siens lui avaient choisie. Période où cette âme d'élite, par l'effort exercé sur elle-même, réussit sans doute à augmenter son potentiel d'action.

La période de Tunis ; avec la création d'un Institut Pasteur, époque où le savant, par des découvertes successives et pour ainsi dire annuelles, se révèle, et où sa modestie et son désintéressement ne réussissent pas à le soustraire à une notoriété que de moins obstinément attaches à la pure satisfaction intérieure auraient aisément laissé se transformer en illustration mondiale.

Depuis 1909 et la première victoire sur le typhus et les fièvres récurrentes, jusqu'à la grande synthèse biologique des infections inapparentes, par l'observation clinique et la prospection sociale, la recherche expérimentale, la vérification prophylactique et thérapeutique le Pasteurien de Tunis franchit les étapes qui le font accueillir par les Académies et lui méritent en 1927 le Prix Nobel.

Le retour à Paris, enfin, et l'entrée au Collège de France du nouveau Pasteur, enseigneur de maîtres comme, dans la même chaire illustre, Laënnec et Claude Bernard l'avaient été jadis. Le lettré de désir, longtemps voilé par le savant, laisse alors s'épanouir une puissance d'évocation que de rares privilégiés étaient seuls à connaître.

Joignant à sa documentation d'historien nombre de souvenirs personnels, M. Pasteur Vallery-Radot a su, comme nul autre n'aurait pu y réussir, retracer une grande et noble vie, celle d'un poète de la science et d'un philosophe de la biologie. Ch. Nicolle aurait aimé, à coup sûr, la simplicité élégante et la concision d'un tel éloge, seules tolérables à sa modestie ; il y aurait trouvé le témoignage d'une affinité spirituelle. L'orateur, enfin, avec un sens profond de notre sombre époque, a su compléter le portrait de Ch. Nicolle en nous montrant une âme à la fois apaisée par le succès de sa recherche scientifique, génératrice de tant de bienfaits et douloureuse de ne pouvoir, même après de telles réussites, y trouver une solution aux grands problèmes devant lesquels la Science se récuse.

R. L.

INTERETS PROFESSIONNELS

Le statut des laboratoires d'analyses médicales

Le « J. O. » du 19 mars 1946 publie la loi n° 46-447 du 18 mars 1946 relative à ce statut.

ARTICLE PREMIER. — Nul ne peut ouvrir ou diriger un laboratoire d'analyses médicales s'il n'est pourvu d'un des diplômes dont la liste sera fixée par décret portant règlement d'administration publique pris sur proposition du ministre de la Santé publique et de la Population.

Sont considérés comme analyses médicales les examens de laboratoires destinés à faciliter le diagnostic médical, le traitement ou la prophylaxie des maladies humaines.

ART. 2. — Toute publicité est interdite aux laboratoires d'analyses médicales, à l'exception de la publicité scientifique auprès du corps médical et pharmaceutique.

ART. 3. — Les inspecteurs divisionnaires adjoints du ministère de la Santé sont habilités à inspecter les laboratoires d'analyses médicales.

ART. 4. — Les dispositions de la présente loi ne s'appliquent pas aux laboratoires dépendant de l'armée et de la marine ou de l'air.

ART. 5. — Le ministre de la Santé peut accorder l'autorisation de diriger un laboratoire, à titre exceptionnel, et sur l'avis de l'Académie de Médecine et de la Société de pharmacie de Paris, à des personnalités scientifiques qualifiées, ne possédant pas les diplômes prévus.

ART. 6. — Un décret, portant règlement d'administration publique, fixera les conditions d'application de la présente loi.

ART. 7. — Toute infraction à la présente loi sera considérée comme une infraction aux lois concernant l'exercice de la médecine.

Ordre des Médecins
Conseil départemental de la Seine

Dans sa séance du 13 mars 1946, le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins a élu son bureau et nommé ses délégués comme suit :

Bureau. — Président : M. Balthazard ; secrétaire général : M. Lafay ; secrétaire adjoint : M. Guyot ; secrétaire des séances : M. Quivy ; trésorier : M. Duvelleroy ; trésorier adjoint : M. Huet.

Délégués au Conseil national. — MM. Lafay, Oberlin, Portes, membres titulaires ; MM. Boudin, Debray, Duvelleroy, membres suppléants.

Délégués au Conseil régional. — MM. Buvat, Cherigic, Lambert, Ménégaux, Tissier-Guy, membres titulaires ; MM. Boutrau, Cayla, Léchelle, Marsault, Poumailloux, membres suppléants.

Conseillers juridiques. — Mes Jobit et Fontaine.

Paris le 18 mars 1946.

Chambre syndicale des Médecins de la Seine

La Chambre syndicale des Médecins de la Seine, considérant qu'il n'est possible à un malade de bénéficier de l'usage de la pénicilline que s'il entre dans un service hospitalier, considérant qu'en dehors de ce cas, il est possible de trouver la pénicilline seulement à des prix de marché noir,

La Chambre syndicale estime que les malades graves doivent pouvoir, en dehors de l'hôpital, trouver de la pénicilline scientifiquement contrôlée comme dans les services hospitaliers et à des prix normaux, souhaite que la pénicilline soit mise à la disposition du public dans des centres chargés de contrôler sa qualité, son prix et la nécessité de son emploi, comme il a été fait pour l'insuline.

L.-M. Pierra (1878-1946)

Secrétaire général honoraire de l'Association de la Presse médicale française

Pendant plusieurs années, dans la période de l'entre-deux-guerres, Pierra a été l'âme de la vieille « Association de la Presse médicale française ». Son activité, son enthousiasme communicatif, son sens des réalisations lui permirent de donner à notre Association, dont il était le secrétaire général, une impulsion remarquable. Notre cher président le professeur Loeper, nous apportant alors l'appui de son haut prestige scientifique et un dévouement inoubliable, notre association connut une prospérité jamais atteinte encore, et arrive organes de la presse médicale française et riva à grouper la presque unanimité des de langue française.

Au point de vue professionnel, nos réunions confraternelles furent l'occasion de rapprochements heureux que Pierra réalisa avec succès. L'influence des Congrès internationaux auxquels prit part notre Association, fut d'un intérêt majeur au point de vue national. On ne doit pas oublier la part que Pierra et son successeur, le regretté Victor Gardette, y ont prise, aux côtés de Loeper.

Pierra avait apporté, dans ses fonctions de secrétaire général, non seulement ses qualités si personnelles, mais l'expérience que lui avait donnée la fondation, puis la direction de la « Revue française de Gynécologie » qu'il dirigea toujours avec une parfaite rectitude.

Parmi les gynécologues, il jouissait d'une réputation qui le fit désigner pour présider le Congrès de Gynécologie tenu à Luxeuil. Et ce fut dans cette station, dont Pierra était un des médecins consultants les plus estimés, que ses amis purent se réunir un jour dans son charmant « Ermitage », reçus dans l'intimité de son foyer par Mme Pierra et ses enfants.

La mort a tout détruit. Mme Pierra a disparu la première, puis voici Pierra. La belle famille de notre collègue est dispersée. En ces moments douloureux, notre pensée se porte vers chacun de ses enfants et, en particulier, vers son fils aîné, notre collègue Christian Pierra, chirurgien de l'hôpital de Lourdes, vers ses gendres, les Drs Erlande et Lalouel. Qu'ils veuillent bien trouver ici l'expression de notre sympathie très attristée.

F. L. S.



SUPPLÉVITINE
VITAMINES
A. B. C. D. - HORMONES
SUBSTANCES ORGANO-MÉTALLIQUES
SUPPLÉVITINE
"Contrepoids des Restrictions"



TENSOPAN
AIL, SCILLE
PHENYLETHYLMALONYLUREE
Comprimés glutinisés:
ni intolérance, ni mauvaise haleine
TENSOPAN
"Hypotenseur constant"
Hypertension

INFORMATIONS

(Suite de la page 134)

façon que les épreuves orales qu'elles sont destinées à remplacer.

Cette mesure s'appliquera, à la session de juin, à toutes les épreuves orales des premier et deuxième examens et à l'épreuve théorique de bactériologie du troisième examen.

Les dates des épreuves seront affichées à une date ultérieure.

Facultés de province

Marseille. — Le titre de professeur honoraire a été conféré à M. Joyeux, ancien professeur, admis à la retraite.

Ecoles de médecine

Rennes. — Le titre de professeur honoraire est conféré à M. Menez, professeur de physique médicale, admis à la retraite.

Santé publique

Conseiller technique. — M. le Professeur Jacques Parisot (de Nancy), est nommé conseiller technique sanitaire à la Santé publique.

Lutte contre le cancer. — Le « J. O. » du 9 mars 1946 publie l'arrêté du 23 février 1946 relatif au personnel médical et administratif des centres de lutte contre le cancer. L'arrêté détermine les fonctions, le recrutement et les honoraires de ce personnel.

Médecins phtisiologues. — Sont nommés médecins phtisiologues des services publics et affectés à Roquefraiche (Vaucluse), M. le Dr Madon ; à Seyssuel (Isère), M. le Dr Sribnal ; à la Meynardie (Dordogne), M. le Dr Soumaille ; à la Nouvielle (Landes), M. le Dr Gousse ; à Bellegarde (Haute-Vienne), M. le Dr Carboulec ; à Bligny (S.-et-O.), M. le Dr Dusseau ; à Cambo-les-Bains (Basses-Pyr.), M. le Dr Lechevallier ; à la Croix-Rouge française, M. le Dr Charitte ; au Dispensaire d'hygiène sociale du Gers, M. le Dr Ulmann.

Sanatoriums publics

Mlle le Dr Perichon, est nommée, après concours, médecin phtisiologue des services publics et mise à la disposition de la Croix-Rouge française en vue de son affectation à l'un des sanatoriums français de la Forêt-Noire.

(« J. O. », 3 mars 1946.)

Inspection de la santé

Liste des candidats déclarés aptes aux fonctions de médecins inspecteurs adjoints de la Santé à la suite du concours de janvier 1946.

Catégorie normale : M. le Dr Lansiaux, Mlle le Dr Gillot, Mme le Dr Clancier-Gravelat ; MM. les Drs Valrivière, Tholozé et Guidevaux ; Mlles les Drs Bureste et Dauve, M. le Dr Ray.

Catégorie spéciale : MM. les Drs Mammy, Milhaud et Helmann.

Pharmaciens inspecteurs principaux

Un concours sur titres pour le recrutement de pharmaciens inspecteurs principaux est ouvert au Ministère de la Santé Publique et de la Population.

Le nombre des places mises au concours est de neuf :

Deux places de pharmacien inspecteur principal pour la région de Paris.

Une place de pharmacien inspecteur principal pour la région de Nancy.

Une place de pharmacien inspecteur principal de la région de Bordeaux.

Une place de pharmacien inspecteur principal pour la région de Poitiers.

Une place de pharmacien inspecteur principal (en résidence à Metz) pour la région de Strasbourg.

Une place d'inspecteur principal de la pharmacie à occupation accessoire pour la région de Paris (poste contractuel).

Une place d'inspecteur principal de la pharmacie à occupation accessoire pour la région de Marseille (poste contractuel).

Une place d'inspecteur principal de la pharmacie à occupation accessoire pour la région de Toulouse (poste contractuel).

Pour tous renseignements les candidats sont priés de s'adresser à l'inspecteur divisionnaire de la Santé de leur domicile.

Déportés. — Une loi, n° 46-327, du 1er mars 1946, prolonge, en faveur des déportés, la durée d'application de l'aide médicale temporaire instituée par l'ordonnance du 26 mai 1945.

Le délai est porté de neuf mois à douze mois en faveur des déportés définis à l'article 9 de l'ordonnance du 11 mai 1945.

Ordre de la Santé publique

Sont promus. Au grade d'OFFICIER : Mme Billion (Alice), en religion sœur Angèle, directrice du service antidiphtérique de l'hôpital des Enfants, à Bordeaux.

CHEVALIER. — MM. les professeurs Dupérié, doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Bordeaux, chef du centre de pénicillothérapie à l'hôpital Saint-André ; Labat et Piéchaud, de Bordeaux.

Médaille des Epidémies

OR. — MM. les Drs Roux, Mercier et Farouz (Oran).

ARGENT. — MM. les Drs Lehtihet Mohamed Salah, à Taher ; Sid Cara Chérif, à Oran ; Bonfils, à Alger.

BRONZE. — MM. les Drs Fabiani et Nouchy, à Alger ; Mlles Valla et Berthault, externes des hôpitaux d'Alger ; MM. les Drs Antonini, Franchini, Jaujou, à Ajaccio ; Montus, à Marseille, pour avoir enrayé, grâce à leur dévouement et à leur promptitude, une grave épidémie de peste en Corse.

Intérieur. DÉFENSE PASSIVE

MÉDAILLE D'ARGENT 2e CL. — Médecin commandant Genaud (Paris).

MÉDAILLE DE BRONZE. — Dr Petit (Creusot).

MÉDAILLE DE BRONZE (à titre posthume). — Dr Ragnaud (Angoulême).

LETTRE DE FÉLICITATIONS. — Dr Pleindoux (Cluny).

Guerre

Ecole du Service de Santé militaire. — Un décret en date du 16 mars 1946 complète le décret du 19 septembre concernant la réorganisation de l'Ecole. L'Ecole est chargée, en outre, d'assurer le recrutement, la formation technique professionnelle et militaire des officiers d'administration du Service de Santé. Il est créé, à cet effet, à l'intérieur de l'Ecole, une section administrative.

Education nationale

Exercice de la médecine. — Le « J. O. » du 20 mars 1946 publie un décret du 19 mars 1946 appliquant à l'Algérie l'ordonnance du 8 août 1945 relative à certaines conditions d'accès aux diplômes d'Etat de docteur en médecine, chirurgien-dentiste et pharmacien.

Mission. — M. le Dr Vaucher, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Strasbourg, est chargé de la mission suivante : organisation du contrôle médical scolaire dans les départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, et désigné à ce titre comme conseiller technique à la direction de l'hygiène scolaire et universitaire pour une durée d'un an à dater du 1er janvier 1946. M. le Dr Vaucher exercera ces fonctions à titre bénévole.

Chargés d'enseignement. — Le « J. O. » du 15 mars publie un décret n° 45-425 du 14 mars 1945 fixant les conditions de nomination des chargés d'enseignement et des maîtres de conférences dans les facultés.

Conseils académiques. — M. le Professeur Gastinel, de la Faculté de Médecine de Paris, est nommé membre du Conseil académique de Paris.

M. le Professeur Schwartz, de la Faculté de Médecine de Strasbourg, est nommé membre du Conseil académique de Strasbourg.

Hygiène scolaire et universitaire. — M. le Dr Ouillon, délégué dans les fonctions de médecin inspecteur, à Besançon, est délégué dans les mêmes fonctions pour l'Académie de Lyon, en remplacement du Dr Pelletier.

M. le Dr Pelletier est adjoint temporairement à M. le Dr Guillain, médecin inspecteur pour l'Académie de Paris.

Activités sportives. — Un arrêté du 22-2-46 (« J. O. », 5 mars 1946), rend obligatoire un certificat médical d'aptitude aux sports, pour tout sportif désirant participer à une compétition officielle.

Tribunaux départementaux des pensions

Sont nommés pour 1946 : CHALONS-SUR-MARNE. — M. le Dr Van Vyve ; suppléants : MM. les Drs Aumont et Gascoin.

CHAMBÉRY. — M. le Dr Julliand ; suppléants : MM. les Drs Masson et Ragairaz.

CHARTRES. — M. le Dr Poirel ; suppléants : MM. les Drs Fredet et Fayolle.
PARIS. 1re section. — M. le Dr Descouts ; suppléant : M. le Dr Métivet.
2e section. — M. le Dr Hélie ; suppléants : MM. les Drs Mérigot de Treigny et Loewy.
3e section. — M. le Dr Piedelièvre ; suppléants, MM. les Drs Lyon-Caen et Basset.
4e section. — M. le Dr François ; suppléants : MM. les Drs Denet et Pollet.
5e section. — M. le Dr Maréchal ; suppléants : MM. les Drs Sureau et Schaeffer.

Ravitaillement

Un Comité consultatif scientifique du ravitaillement est institué auprès du ministère du Ravitaillement :
Président : M. le Dr Ed. Lesné.
Membres : MM. les Drs Gabriel Bertrand, Léon Binet, Chevalier, Robert Debré, Pierre Chouard, Hugues Gounelle, Justin Besançon, André Mayer, Ombrédanne, Charles Richet, Schaeffer, Tanon, Terroine.

(« J. O. », 5 mars 1946.)

Croix-Rouge française

Sont nommés membres du Conseil d'administration : M. le Dr Aujaleu, directeur de l'Hygiène sociale au ministère de la Santé publique ; M. Bargeton, ambassadeur de France ; M. Blocq-Mascart, colonel de réserve ; M. le Professeur Robert Debré ; M. le Dr Dequidt ; M. le Médecin général inspecteur Jame ; M. le Médecin général de la marine Le Chuiton ; M. le Médecin général inspecteur Vaugel ; M. le Colonel Descour ; M. Racamond et Mlle Robert, de la C. G. T. ; M. Poimbœuf, membre de l'Assemblée nationale ; Mlle Marminia, de la Fédération des infirmiers et infirmières diplômés ou autorisés.

La messe de l'U.M.F.I.A. — Sur l'initiative de plusieurs de ses membres, MM. R. Molinéry et Chauvois, secrétaires généraux, et de M. H. Dalby, président des Amis de l'U.M.F.I.A., le Conseil d'administration de l'Union médicale latine (ancienne U.M.F.I.A.), a fait célébrer le 20 mars, en l'église espagnole de la rue de la Pompe, une messe en mémoire de ses anciens et regrettés présidents : Dartigues, Badelac de Pariente et le professseur Cunéo.

A une époque où la vie était plus facile, où la France était forte et respectée, l'U.M.F.I.A. a démontré la puissance de notre rayonnement. Nous sommes certains que ce groupement réalisera encore dans l'avenir de grandes choses, comme au temps où il comptait des missionnaires tels J.-L. Faure, G. Dumas, Fiessinger, Cunéo. L'accueil fait l'an dernier en Amérique à Pasteur-Vallery-Radot et à Georges Duhamel doit fortifier nos espoirs.

Xe Congrès français de Gynécologie

Il aura lieu à Lyon les 27, 28 et 29 mai, sous la présidence de M. le Prof. Cotte, M. le Prof. agrégé Pollosson assumera les fonctions de secrétaire du Comité local d'Organisation.

Question à l'ordre du jour : L'ovulation et ses troubles. Sept rapports seront présentés :
1° Histologie de l'ovulation : M. le Professeur G. Dubreuil (Bordeaux).
2° Mécanisme de l'ovulation : M. R. Moricard (Paris).
3° Faits cliniques et expérimentaux : M. R. Palmer (Paris).
4° La crise intermenstruelle : M. Gueissaz (Neufchâtel).
5° Les hémorragies d'origine folliculaire : M. le Professeur agrégé Figarella (Marseille).
6° Troubles consécutifs à l'absence d'ovulation ou à des ovulations bloquées : M. le Professeur J.-A. Schockaert (Louvain).
7° Traitement des troubles de l'ovulation : M. le Professeur G. Cotte (Lyon).

Le rapporteur général est M. le Professeur G. Cotte.

Pour tous renseignements et adhésion s'adresser à M. le Dr Maurice Fabre, secrétaire général, 1, rue Jules-Lefebvre, Paris (9e arrondissement).

Fiançailles

M. Jean Geissmann, interne en pharmacie de l'hôpital Rothschild, fait part de ses fiançailles avec Mlle Denise Holstein, rapatriée d'Auschwitz, fille de M. Bernard Holstein, chirurgien-dentiste, à Rouen, en déportation.

Nécrologie

Nous avons appris avec peine la mort, survenue le 10 mars, du professeur Marcel Lisbonne, professeur de microbiologie à la Faculté de Médecine de Montpellier. Directeur de l'Institut Bouisson-Bertrand, directeur du Centre de recherches sur la fièvre ondulante en France (fondation Rockfeller), il avait été élu en 1944 correspondant national de l'Académie de Médecine. Le professeur Lisbonne avait été un des plus brillants élèves du regretté professeur Hédon, l'illustre physiologiste qui obtint un prix Nobel. Lisbonne avait été nommé agrégé de physiologie, puis ses remarquables travaux de bactériologie l'amenèrent à la chaire de microbiologie. Parmi ses nombreux travaux, il faut citer ses recherches sur « la prophylaxie de la fièvre de Malte et de l'avortement des bovidés », ainsi que ses travaux sur « la vaccination contre les brucelloses ». En 1937, il avait été chargé d'une mission scientifique en Russie.

— Le Dr Louis Dupuy-Dutemps, ophtalmologiste honoraire des hôpitaux, décédé à Cordes (Tarn), où il s'était retiré depuis plusieurs années. Nous prions Mme Dupuy-Dutemps et son fils, le Dr P. Dupuy-Dutemps, ancien chef de clinique ophtalmologique de la Faculté, assistant aux Quinze-Vingts, de recevoir l'expression émue de nos sincères condoléances.

— Le Dr Louis Devraigne, accoucheur des hôpitaux, commandeur de la Légion d'honneur, est décédé à Paris. Ses obsèques ont eu lieu le 25 mars en l'église Saint-François de Sales.

CORRESPONDANCE

Paris, le 16 mars 1946.

Monsieur le Directeur,

Les résultats des élections au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine ont été remis à la Presse de façon incomplète et erronée.

Je vous serais reconnaissant de vouloir bien — à titre purement documentaire — faire connaître à vos lecteurs que j'ai obtenu 2.135 voix sur 4.196 bulletins valables, ce qui m'a placé 5e au nombre des élus.

J'ai été déclaré inéligible.

Contre cette décision illégale, j'ai formé appel devant le Conseil régional des Médecins de la région de Paris, ainsi que recours devant le Conseil d'Etat.

Dr Raymond TOURNAY.



Dépôt légal. — 1946. — 1er trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

29/

N° 8. — 15 AVRIL 1946 · 119e ANNEE · Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr. ; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours des prix de l'internat. — Médaille d'or (médecine et chirurgie, accouchements).

Il y aura TROIS CONCOURS en 1946 :

I. Le concours réservé aux promotions d'avant-guerre.

Médecine : 3 juin. Inscriptions et remise du mémoire, 3-17 avril.

Chirurgie et accouchements : 6 juin. Inscriptions et remise du mémoire, 3-17 avril.

II. Concours réservé aux internes nommés à la suite de la titularisation des externes en 1er du concours de 1938.

Médecine : 3 juillet. Inscriptions et remise du mémoire, 20-28 mai.

Chirurgie et accouchements : 5 juillet. Inscriptions et remise du mémoire, 20-28 mai.

III. Concours réservé aux internes nommés à la suite du concours d'octobre 1941.

Médecine : 22 octobre. Inscriptions, 25 juin au 2 juillet (remise du mémoire, 24 juillet, dernier délai).

Chirurgie et accouchements : 25 octobre. Inscriptions, 25 juin au 2 juillet (remise du mémoire au plus tard 24 juillet).

En raison des circonstances, l'administration ne peut s'engager à remettre une médaille d'or aux lauréats de ces concours.

Concours spécial pour deux places d'assistant en obstétrique. — Ouverture du concours le 9 mai 1946. Inscriptions du 12 au 25 avril.

Concours pour trois places d'assistant en stomatologie. — Ouverture du concours le 21 mai. Inscriptions du 10 au 29 avril.

Assistants de Chirurgie. — Ont été reçus : MM. Dufourmentel (82), Desfosses (81), Thomeret (80), Dubost (80), Morel-Fatio (79), Flabeau (79), Le Brigand (77), Kuss (76).

Internat des Hôpitaux de la région parisienne. — CONCOURS DE REMPLACEMENT. Ont été reçus : MM. Vallée, Griffe, Wapler, Gérard Dufourmentel, Génesseau, Juvenelle, Gies, Dautry, Philippe Dufourmentel, Villard.

Hôpitaux communaux de la Seine, Seine-et-Oise, Seine-et-Marne

Un concours pour la nomination aux places d'élèves internes en médecine dans les hôpitaux communaux et intercommunaux des départements de la Seine, de Seine-et-Oise et de Seine-et-Marne, sera ouvert le mardi 28 mai 1946, à 9 heures, 3, avenue Victoria, à Paris.

Les candidats peuvent s'adresser, pour tous renseignements, au Secrétariat de la Direction Régionale à la Santé et à l'Assistance, 1, avenue Victoria (2e étage), de 16 à 17 heures.

Les inscriptions seront reçues au même service, tous les jours, les samedis, dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le jeudi 18 avril jusqu'au mardi 30 avril inclusivement.

Hôpitaux de Bordeaux

M. Jean Marchal a été nommé interne titulaire des hôpitaux de Bordeaux.

Ont été nommés externes des hôpitaux de Bordeaux : MM. Javelle, Roux, Paulhac, Piédagnel, Nappée, Peninou, Anglade, Plantier, Borgaguibel, Barbe, Henin, Baudoin, Lacrotte, Perona, Gabillon, Abecassies, Fustec, Plault, Reboul, Armengaut, Muselli, Delteil, Darmaillacq, Perrens, Seiglan, Lancon, Bernard, Tulhaud, Marfaing, Bershaud, Le Damany, Chanaud, Servantie, Mayolle, Bouny, Jeantet, Verit, Cayla, Bessugues, Menvielle, Esquerre, Gin, Haeschler, Morvan, Dousser, Mérignargue.

Externes provisoires : MM. Beauvais, Merly, Belot, Brangier.

Faculté de Médecine de Paris

Ont été proposés pour les chaires suivantes :

Chaire de biologie : M. Verne ; chaire d'embryologie : M. Giroud ; chaire de puériculture : M. Lelong ; chaire de radiologie : M. Desgrez, par 21 voix (M. Cottenot a obtenu 19 voix) ; chaire de médecine du travail : la mutation de M. le Professeur Duvoir a été acceptée.

Concours de remplacement

PROSECTORAT 1946 (une place)

Epreuve écrite :

1° Anatomie, Corps thyroïde. Anatomie descriptive et rapports ;

2° Physiologie. Etude physiologique de la glande thyroïde considérée comme glande de croissance ;

3° Pathologie chirurgicale. Symptômes et traitement du cancer recto-sigmoïdien.

Epreuve orale d'anatomie :

Prostate. Anatomie descriptive et topographique (sans embryologie ni histologie).

Epreuve orale de chirurgie :

Entorses du genou (à l'exclusion des lésions méniscales isolées).

Médecine opératoire :

1° Ligature de l'artère tibiale postérieure rétro-malléolaire du côté droit.

2° Désarticulation du troisième doigt avec son métacarpien du côté droit.

Dissection :

Nerf cubital à la main.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Flabeau.

ADJUVAT 1946 (une place)

Epreuve écrite :

1° Anatomie. Branche terminale postérieure du nerf radial.

2° Pathologie chirurgicale. Tumeurs à myéloplaxes des os longs.

Anatomie. Oral. Atlas.

Dissection. Région plantaire moyenne.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Edelmann.

Université de Bordeaux

Docteurs « honoris causa » : M. Whitton, professeur à l'Université de Princeton (U.S.A.) ; M. le colonel Samuel L. Mc Croskey, commandant l'Université améri-

caine de Biarritz; M. James Greenleaf Unstattd, doyen de l'Université américaine de Biarritz.

Faculté de Médecine de Bordeaux

M. Aubertin, professeur de médecine expérimentale, est rétabli dans ses fonctions à compter du 24 novembre 1944.

Académie française

Dans la seance du 4 avril 1946, l'Académie française a élu M. le professeur Henri Mondor au fauteuil de Paul Valéry.

Académie des Sciences

Dans sa séance du 1er avril, l'Académie des Sciences a élu correspondant national à la place vacante par suite du décès de Yersin, M. le professeur Léon Bérard, l'éminent professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Santé publique

Conseil supérieur de la Pharmacie. — Le Conseil est composé comme suit : MM. les professeurs Lœper, Hérissey et Javillier. MM. Frank Arnal, Bruneau, Rolland et Laudat; Delagrange, Lantenois, Ravaud et Vigneron, membres élus.

MM. les doyens Damiens (Paris), Astruc (Montpellier), les professeurs Suard (Angers), Hazard, Justin-Besançon, Fabre, Bougault, Mlle Jeanne Lévy, M. Vaille, membres nommés.

Concours spéciaux des médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux. — Un arrêté en date du 23 mars 1946 adjoint à la commission nationale prévue par l'article 6 de l'arrêté du 7 décembre 1945 MM. le professeur Paul Mathieu (Paris), le Dr Coste (Paris), Prélat (Paris), Jean Olmer (Marseille), Levrat (Lyon).

Médecins consultants régionaux de phtisiologie

Un décret n° 45.557 du 1er avril 1946 et paru au J. O. du 2 avril 1946 est relatif à la nomination et aux attributions des médecins consultants régionaux de phtisiologie.

Ces médecins sont nommés par le ministre, après avis de la commission de la tuberculose du Conseil permanent d'hygiène sociale. Ils sont choisis parmi les médecins spécialisés en phtisiologie et qualifiés par leurs titres et leur notoriété scientifique.

Ils sont nommés pour trois ans et sont chargés d'orienter et de coordonner la lutte antituberculeuse. Outre les enquêtes et les suggestions qu'ils peuvent faire, les médecins consultants adressent chaque année un rapport au ministre et de plus ils se réunissent au moins une fois par an au ministère de la Santé publique et de la Population.

Hôpitaux psychiatriques. — Le J. O. du 27 mars 1946 publie un décret n° 45-518 du 25 mars 1946, portant modification du décret du 28 décembre 1938 concernant le recrutement et le statut des médecins du cadre des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Hôpitaux psychiatriques de province. — Un arrêté en date du 28 mars, publié dans le J. O. du 29 mars, porte reclassement des médecins des hôpitaux psychiatriques de province dans l'échelle des traitements.

Le traitement des sages-femmes des hôpitaux et hospices publics. — Un arrêté en date du 10 janvier (J. O. 24 mars 1946) fixe comme suit les traitements des sages-femmes des hôpitaux et hospices publics : 5e classe, 58.000 fr.; 4e classe, 64.000 fr.; 3e classe, 70.000 fr.; 2e classe, 78.000 fr.; 1re classe, 86.000 fr. A ces traitements viennent s'ajouter diverses indemnités d'ordre familial.

Education nationale

Comité consultatif des Universités. — M. le doyen Hermann (de Lyon) est nommé membre des bureaux du Comité.

Sont nommés membres ordinaires du Comité :

SCIENCES MÉDICALES : 1re section : MM. Rouvière, Polonowski et Hazard (Paris).
2e section : MM. Pasteur Vallery-Radot, Gougerot, Debré et Brumpt (Paris).
3e section : MM. Mondor (Paris), Tavernier (Lyon) et Fey (Paris).
4e section : M. Lévy-Solal (Paris).
5e section : M. Clovis Vincent (Paris).

La publication des thèses de doctorat. — Une commission vient d'être instituée au ministère de l'Education nationale pour étudier les problèmes que pose la publication des thèses de doctorat soutenues devant les universités françaises.

(A suivre, p. 173.)

L'ENERVATION SENSITIVE PROFONDE

Méthode générale de traitement des arthrites sèches et de certaines algies régionales

par L. Tavernier (de Lyon)

Les vétérinaires sectionnent depuis longtemps le nerf sensitif du sabot du cheval pour corriger la boiterie des chevaux dont l'appui sur le sabot est douloureuse. Cette opération a donné l'idée à Camitz, de Gottenberg, de sectionner dans les arthrites sèches, douloureuses de la hanche, le nerf obturateur, nerf sensitif principal de l'articulation.

Dès que j'eus connaissance, en 1936, de l'opération de Camitz, j'en ai compris l'intérêt, je l'ai adoptée, je l'ai perfectionnée, d'abord en limitant la section aux filets articulaires de l'obturateur, en conservant les branches motrices dont le sacrifice n'est pas toujours sans inconvénient, et ensuite en complétant cette section par celle des autres nerfs sensitifs de l'articulation ; les filets postérieurs qui viennent du sciatique par le nerf du carré crural, et le filet antérieur inconstant qui vient du nerf crural. C'est l'étude des échecs de la neurotomie obturatrice qui m'y a conduit, en me montrant que dans ces échecs la douleur antéro-interne a bien été supprimée, et que c'est de la fesse que continuent à souffrir les opérés, ou de la partie antéro-externe de la cuisse.

Les heureux résultats de cette opération qui constitue une véritable énervation sensitive régionale m'ont fait généraliser la méthode aux arthrites sèches des autres articulations, et à d'autres algies régionales profondes.

J'en ai publié les résultats à plusieurs reprises à la Société de Chirurgie de Lyon, dans les thèses de Lyon, de Le Cat (1939) et de Vannay (1941) et avec mon assistant Godinot dans un ouvrage édité chez Masson en 1945 sur le traitement chirurgical de l'arthrite sèche de la hanche. J'y ai donné la technique de l'énervation des principales articulations, et celle de quelques énervations régionales.

Seule l'énervation de la hanche a été pratiquée sur une échelle suffisante pour fournir des données précises sur ses résultats (plus de 100 cas). Actuellement dans les arthrites sèches de la hanche l'énervation me donne plus de 80 % de bons résultats, cette proportion dans les luxations congénitales de l'adulte devenues douloureuses s'élève même à 90 %. De ces résultats que j'appelle bons, la moitié seulement correspond à une disparition complète des douleurs, les autres n'obtiennent qu'un soulagement partiel, mais notable, dont ils s'estiment très heureux. Parallèlement à ce résultat cherché on obtient, après un mois ou deux, une amélioration fonctionnelle importante par disparition des contractures réflexes et augmentation de l'étendue des mouvements. Souvent après quelques années les radiographies montrent une amélioration notable des lésions d'arthrite sèche, ce qui nous porte à croire que la maladie n'est pas indéfiniment progressive comme le suggère son évolution habituelle sans rémission, mais qu'une fois déclanchée elle est entretenue par voie réflexe par l'irritation produite dans l'articulation par ses propres lésions : il suffit d'interrompre le circuit réflexe pour couper le cercle vicieux et voir s'amender les lésions.

Si ces résultats paraissent dans leur ensemble satisfaisants et logiques, il reste néanmoins bien des détails difficiles à expliquer et à faire cadrer avec la notion simple de suppression de la douleur par section des nerfs qui assurent la sensibilité de la région.

Comment expliquer que 10 % des douleurs ne sont pas atténuées par cette énervation ? Lasserre, de Bordeaux, suggère très ingénieusement que cette proportion d'insuccès est exactement celle d'une anomalie anatomique, où le nerf articulaire principal vient directement du plexus lombaire par un nerf obturateur accessoire. C'est une hypothèse intéressante, à vérifier par des réinterventions.

Comment expliquer encore que les résultats heureux ne se maintiennent pas toujours, et qu'après plusieurs années de soulagement on voit réapparaître des douleurs de même caractère et de même topographie qu'auparavant ? S'agit-il de régénération du nerf, de névrome douloureux du bout central ? Là encore, des réinterventions pourront peut-être nous éclairer.

Plus difficiles à expliquer sont encore les cas très exceptionnels eux aussi, où le soulagement n'a pas été immédiat, et ne s'est produit que peu à peu après plusieurs semaines.

Malgré cette petite proportion d'insuccès immédiats ou tardifs, l'énervation est un magnifique progrès dans le traitement de l'arthrite sèche de la hanche. Elle permet de soulager par une opération sans gravité, à suites rapides, de grands souffrants à qui nous n'avions autrefois à offrir que des opérations ostéo-articulaires importantes et elles aussi aléatoires. Elle est devenue pour moi l'opération de routine, sauf dans les cas exceptionnels où des attitudes vicieuses irréductibles, ou des raideurs bilatérales posent des problèmes orthopédiques, qui ne peuvent être résolus que par des opérations ostéo-articulaires. De nombreux chirurgiens français de province m'ont suivi dans cette voie, et m'ont dit la satisfaction qu'elle leur donne.

Les arthrites sèches des autres articulations sont moins fréquentes et je n'ai pas de statistiques assez étoffées pour préciser chez chacune d'elles la valeur de l'énervation.

Au genou, le nerf articulaire principal est très facile à découvrir dans le creux poplité, sa section m'a donné satisfaction surtout dans les douleurs résiduelles légères des séquelles d'arthrites traumatiques ou infectieuses. Dans les formes graves de rhumatisme déformant avec raideur articulaire en flexion, je n'ai eu que des améliorations insuffisantes.

A l'épaule la découverte du nerf principal, qui vient du circonflexe et passe sous les muscles qui s'insèrent sur la coracoïde, est une opération plus délicate, qui m'a donné d'excellents résultats dans ces arthrites post-traumatiques si douloureuses et tenaces qu'on désigne d'ordinaire sous le nom de péri-arthrite de Duplay.

Le coude se prête mal à l'opération à cause des sources multiples de son innervation. Dans un cas pourtant d'entorse ancienne où des douleurs tenaces étaient localisées sous les muscles épitrochléens, la section des filets articulaires émanés du médian m'a donné un succès complet et durable.

Au poignet, dans une séquelle douloureuse prolongée de fracture du radius, l'énervation m'a donné un magnifique succès qui ne s'est maintenu que deux ans, après lesquels il fallut en venir à une opération osseuse.

Au pied, j'espérais beaucoup de l'énervation, il y a tant de pieds douloureux après des fractures de malléoles, de l'astragale, du calcanéum, après des astragalectomies, dans les pieds plats valgus, dans les déformations des orteils. J'ai bien eu quelques résultats intéressants dans des séquelles d'arthrite, dans des fractures du calcanéum, mais à plusieurs reprises les améliorations ont été insuffisantes et n'ont pas dispensé d'intervention sur le squelette, en particulier dans les arthrites métatarso-phalangiennes du gros orteil, où les sources d'innervation sont trop multiples, et où l'énervation est plus compliquée que la résection phalangienne, facile et toujours efficace à condition d'être large.

En dehors de ces arthrites sèches, j'ai encore utilisé l'énervation régionale dans des talalgies avec des résultats inconstants, dans une épicondylite rebelle avec une guérison immédiate et complète, dans une pseudarthrose du col du fémur chez un vieillard fragile où la douleur était l'élément de gêne principal et a été très améliorée.

Je songe à attaquer le nerf principal des os au trou nourricier dans les douleurs ostéocopes du Paget, de la syphilis osseuse, j'ai déjà soulagé par l'énervation articulaire deux cas d'ostéite condensante névralgique très localisée, l'une dans le col du fémur, l'autre dans un semi-lunaire.

Toutes ces indications variées qu'on pourra multiplier, ne manquent pas d'intérêt, mais elles visent des cas peu fréquents, et leurs résultats semblent être plus aléatoires qu'à la hanche, où la méthode prend toute sa valeur à cause de la fréquence de ces arthrites douloureuses, dont l'évolution progressive implacable en dépit de tout traitement médical constitue un véritable fléau social.

La méthode sclérogène de Lannelongue dans le traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses

par M. Marcel Lance
Membre de l'Académie de Chirurgie

En 1891, aux séances des 7, 21 et 28 juillet de l'Académie de Médecine, Lannelongue, chirurgien de l'hôpital Trousseau, décrit un nouveau procédé de traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses. Ce travail s'appuyait sur l'expérimentation sur les animaux (Lannelongue et Achard, Coudray, Mauclaire) et sur 22 observations de malades.

Partant du fait que la tuberculose ostéo-articulaire se propage surtout par les lymphathiques, la méthode consiste à injecter profondément *dans les tissus sains*, au voisinage des produits tuberculeux, un médicament qui limitera l'extension des bacilles, et amènera la transformation des parties malades en interceptant leur nutrition. Le produit injecté était une solution de chlorure de zinc à 1/10 pour les parties profondes, 1/15 pour les plus superficielles.

En une seule séance faite sous anesthésie au chloroforme, on injecte 60 à 80 gouttes de solution en une vingtaine de piqûres faites *au contact de l'os* à l'endroit où la synoviale se réfléchit sur l'os. Evitant nerfs et vaisseaux, les piqûres sont faites obliquement pour éviter le reflux du liquide.

L'injection est suivie d'une période inflammatoire intense, très douloureuse de 2 à 3 jours, avec gonflement considérable dû à la diapédèse. Pendant cette période la morphine et le chloral doivent être employés. Puis tout se calme ; une immobilisation et compression ouatée est effectuée et, en quelques mois, la guérison peut être obtenue. Une plaque cartonnée, presque avasculaire à la coupe, entoure l'articulation. Elle se résorbe peu à peu et on observe la conservation des mouvements. Rarement une prolongation ou rechute oblige à une deuxième séance d'injections.

Cette communication suscita, en 1892 et 1893, de nombreux travaux : revue de Coudray (*Gaz. des Hôp.*, 30 avril 1892), thèses de Poux, Perlès, Tiernermann, David et surtout Mauclaire ; communication à la Société de chirurgie Charvot, Reynier. Quénu ; clinique de Saint-Germain aux Enfants-Malades ; discussion au Congrès de chirurgie : Lannelongue, Dubois, Coudray (60 ob.), Iscovesco, Ménard.

Tous ces auteurs se montrent partisans de la méthode et en étendent les indications. Au lieu de la réserver aux tumeurs blanches débutantes, on associe son action aux arthrotomies avec exérèse de la « tumeur tuberculeuse », très à la mode à ce moment.

Plus tard, après l'avènement des méthodes conservatrices, Lannelongue, associe la méthode sclérogène avec les injections modificatrices intra-articulaires : huile iodoformée et créosote (thèse Goulard, Paris, 1903).

Puis les publications s'espacent et le silence se fait sur la méthode.

Comment, après un si brillant départ, expliquer ce rapide abandon. Les reproches justifiés faits à la méthode avaient pour origine des erreurs de technique et d'indications.

L'injection massive en une séance, très douloureuse, exige l'anesthésie générale et l'emploi de la morphine à cause de la réaction intense. L'injection trop superficielle ou le reflux du liquide sous la peau entraîne une escarre. Faite imprudemment à la partie postérieure du genou on l'a vue entraîner une escarre de la fémorale avec hémorragie mortelle (Jeanne *Le Scalpel*, 3 juin 1894). En voulant injecter un ganglion profond du cou, le liquide fuse dans le tissu cellulaire, il en résulte une escarre profonde et la cicatrisation entraîne un torticolis cicatriciel incurable, etc.

L'extension de la méthode à des régions où elle est inapplicable : coxalgie, mal de Pott lombaire, ganglions du cou, au poumon, à la luxation congénitale de la hanche, aux pseudarthroses, etc., ne peut amener que des échecs.

Ces erreurs avaient été vues par le professeur Walther, resté partisan de la méthode. Aussi il réduit les doses, multiplie les injections, limite strictement les indications. Ainsi peut-il présenter chaque année, à la Société de chirurgie, des cas d'ostéo-arthrites de l'adulte, des genoux, coudes, ostéo-arthrites du tarse, parfois arrivées à l'hôpital multifistuleuses en vue d'une amputation, traitées par immobilisation associée à la méthode sclérogène et guéries (voir par exemple : Soc. de Chir., séances du 24 février 1912, 28 mai 1913, 26 novembre 1913, etc...). Il ne trouve guère d'autre contradicteur qu'Auguste Broca qui déclare « qu'ils auraient peut-être guéri sans cela ».

C'est chez le professeur Walther que nous avons pu apprécier les bons résultats de la méthode. Nous l'avons utilisée depuis plus de 40 ans et n'avons eu qu'à nous en louer. Nous exposons ici notre pratique personnelle.

Les injections sclérogènes doivent être absolument bannies du traitement des lésions bacillaires des parties molles : épididymites, adénites (1), etc., et réservée aux ostéites et ostéo-arthrites tuberculeuses. *Elles ne constituent qu'un adjuvant aux méthodes classiques de traitement :*

1° Immobilisation stricte en appareil plâtré, bivalve pour permettre les injections ; 2° médication générale : vie au grand air, héliothérapie, sels d'or, vaccins, etc. Enfin elle est réservée à quelques cas judicieusement choisis.

Nous employons deux solutions : à 1/10 pour les parties profondes, à 1/20 pour les lésions superficielles. Il faut se servir d'aiguilles très fines et longues (6 cent.) et d'une seringue permettant d'injecter une seule goutte. Il faut essuyer l'extérieur de l'aiguille avec une compresse avant de piquer les téguments ; éviter d'atteindre les tendons, gaines, nerfs et vaisseaux, en passant au-dessous d'eux par un trajet oblique, cesser de pousser avant de retirer l'aiguille pour éviter de laisser du liquide dans le trajet de sortie.

Nous n'injectons qu'*une seule goutte* au même point et pas plus de 2 ou 3 piqûres espacées à la même séance. Chaque piqûre provoque une brûlure intense durant quelques secondes ; un gonflement modéré se produit dans les jours suivants et cesse en 8 à 10 jours. De cette manière on évite la nécessité d'une anesthésie ; et le gonflement est assez modéré pour pouvoir conserver le plâtre bivalve.

Les séances sont rejetées tous les 15 jours jusqu'au résultat recherché. On ne doit pas avoir d'autre ambition que la destruction par sclérose des masses fongueuses intra ou juxta-articulaires.

Avec des périodes de répit, parfois de plusieurs mois, la chasse est reprise : s'il subsiste ou se reproduit des nids de fongosités, ce qui peut survenir plusieurs fois au cours de l'évolution de l'ostéo-arthrite.

Dans les petites articulations au poignet, au pied, surtout chez l'enfant, l'aiguille peut et doit pénétrer dans l'os lui-même suffisamment décalcifié et ramolli pour le permettre. Dans ces cas seuls tout le foyer est accessible à l'action du chlorure de zinc. Point remarquable, le tissu fibreux finit à la longue par se résorber et l'articulation reprend en grande partie ses mouvements. Dans les grandes articulations l'action se limite exclusivement aux parties molles.

Quelques exemples feront comprendre les cas dans lesquels le chlorure de zinc peut rendre de grands services.

Les tumeurs blanches à forme fongueuse des nourrissons et petits enfants constituent une des meilleures indications.

En 1919 un médecin nous amène sa fillette de 6 ans qui présente une arthrite fongueuse du cou-de-pied droit remontant à deux mois environ. La radio ne montre pas de lésions osseuses mais d'énormes masses de fongosités bourrant les culs-de-sacs synoviaux. Rappelons que nous avons montré (voir : Le Diagnostic précoce de la tumeur blanche du genou dans la petite enfance, *Gaz des Hôp.*, 11 mai 1932, n° 38, p. 716) que sur les radiographies faites avec des rayons mous, on voit nettement les fongosités si elles sont abondantes, en particulier au cou-de-pied, genou, coude. Cette enfant a subi 18 séances de piqûres au cours de la première année, 3 piqûres complémentaires au cours de la deuxième année sur un point douteux, reprise de la marche 26 mois après le début du traitement ; guérison avec des mouvements normaux du cou-de-pied. Actuellement, à 26 ans, elle est mariée, mère de famille, aucune récidive.

Chez les enfants plus âgés, la méthode trouve ses indications dans les rechutes de tumeurs blanches considérées comme guéries. En voici un exemple : En mai 1941, je vois une fillette de 10 ans qui, à 7 ans, a eu un tumeur blanche du genou droit terminée par ankylose fibreuse et qui a repris la marche dans un celluloïd. Elle vient de faire une chute ; le genou est gonflé, chaud, avec une réaction dans les ganglions iliaques. Dans la partie interne de l'interligne on trouve un amas fongueux avec de la fausse fluctuation. Traitée par 10 séances de 2 injections dans les fongosités et l'interligne articulaire adjacent. Repos absolu. On obtient en 6 mois la cessation des phénomènes inflammatoires. La marche est reprise sans incident en mars 1943.

Chez l'adulte, les indications sont fréquentes sur les ostéites ou ostéo-arthrites bacillaires à forme traînante avec rechutes, fistuleuses ou non. En voici deux exemples :

M. B..., 44 ans. — Tumeur blanche ancienne du poignet droit à l'âge de 13 ans, lésions étendues de l'extrémité inférieur du radius, cubitus, scaphoïde, semi-lunaire et grand os. Des rechutes successives l'ont obligé à porter un appareil cuir et acier, immo-

(1) Ceci ne vise que les injections interstitielles, car on sait qu'après les extirpations, curettages des épididymites et adénopathies, l'attouchement du foyer avec une solution de chlorure de zinc à 1/10 est encore employé par beaucoup de chirurgiens.

bilisant le poignet. En juin 1943, nouvelle rechute, appareil plâtré. Nous le voyons en novembre 1943. Le poignet est gonflé, chaud, dilatations veineuses, masses fongueuses dans la partie cubitale du poignet, gros ganglion épitrochléen. On pratique 8 injections, en 2 foyers chaque fois, espacées sur 4 mois. Tous les signes d'activité ont disparu en mai 1944 et on peut le remettre dans un appareil en cuir.

Mme L., 45 ans, que nous voyons en février 1941, présente une ankylose du cou-de-pied, en attitude vicieuse, équinisme et léger varus, suite d'une tuberculose de l'arrière pied datant d'une dizaine d'années et intéressant le tibia, l'astragale, le scaphoïde et le cuboïde. Depuis un an elle souffre, le cou-de-pied a gonflé, 2 fistules se sont constituées, l'une en avant de la malléole interne, l'autre au niveau du cuboïde, datant de 8 et 6 mois, elle marche à béquilles avec un appareil plâtre bivalve. Nous pratiquons 12 séances de 2 piqûres qui amènent la fermeture de la fistule interne ; le foyer cuboïdien nécessite 4 autres injections. En 8 mois tout est cicatrisé et en 14 mois la marche est reprise dans un soulier orthopédique.

Ces quelques exemples suffisent à montrer les services que l'on peut attendre de la méthode sclérogène, trop oubliée à notre avis. Elle peut constituer, avec une technique prudente et dans des cas choisis, un adjuvant important au traitement conservateur de la tuberculose ostéo-articulaire, surtout chez les malades qui, pour des raisons diverses, ne peuvent profiter de la cure en altitude ou au bord de la mer.

La notion de "syndrome dominant" en statistique psychiatrique

par Maurice Leconte

C'est par la vaine recherche de critères pathognomoniques d'ordre psychologique permettant de distinguer les maladies mentales les unes des autres, que nous avons abouti à classer les syndromes mentaux selon le syndrome dominant.

Par cette locution, nous entendons proposer aux psychiatres un moyen simple, une règle aisée pour étiqueter un malade du point de vue mental. Elle nous paraît la seule susceptible d'aider logiquement à décrire les diverses manifestations mentales morbides, à les ordonner dans un certificat, à en discuter différentiellement dans un concours.

On sait, toutefois, que, de nos jours, un examen psychiatrique ne saurait se limiter à ce stade, simple échelon psycho-diagnostic que doit suivre l'examen physique et biologique, encore trop souvent négligé dans les asiles et qui constitue le plan capital du diagnostic étiologique. C'est pour avoir constaté l'embarras de beaucoup de psychiatres pour ranger leurs malades dans tel ou tel groupe, que nous enseignons à nos élèves ce procédé, réagissant ainsi contre l'assertion que nous entendîmes prononcer au début de nos études par un de nos conférenciers, selon laquelle il n'y avait pas de plan pour l'examen d'un aliéné. Cette manière de procéder s'impose doublement. D'abord parce que, les « maladies mentales » devant, de nos jours, être considérées comme un mythe, il ne peut être question d'en indiquer les critères positifs. Ensuite parce qu'il existe une mutabilité incessante des diagnostics et des syndromes chez les malades mentaux. Cette mutabilité constitue même la règle. Bien plus rares sont, en effet, les cas de malades qui se laissent enserrer dans l'un des cadres classiques, sans que l'examen d'un second psychiatre ou l'évolution ne vienne démentir le pronostic implicite du diagnostic initial.

Exemples de la loi de mutabilité des syndromes mentaux

Pour fixer le lecteur par un premier exemple sur cette mutabilité, que les traités, les cours et les conférences ne signalent pas, nous rapporterons la série des certificats du malade suivant qui peut ainsi être rangé dans la nomenclature officielle (1), selon le psychiatre ou l'époque de l'examen, dans quatre affections mentales différentes :

Premier asile.

Observation *Resc, né le 28 avril 1889*.

Certificat immédiat, le 23 *novembre* 1922 (Dr *R...*). — Dépression mélancolique. Apathie. Lenteur des réponses. Paraît avoir eu, à l'hôpital Lariboisière, un accès d'anxiété. Entendait des gens crier et pleurer auprès de lui. Hallucinations pénibles de l'ouïe. Préoccupations hypocondriaques. Croit avoir été trépané, dit qu'on lui a soufflé de l'air dans le crâne. Ne paraît pas présenter d'idées de suicide.

Certificat de quinzaine, le 6 *décembre* 1922 (Dr *S...*). — Etat dépressif atypique. Inertie. Torpeur, Lenteur des réponses. Désorientation. Incurie de sa situation. Réticence probable sur les motifs de son internement. Opposition à l'examen.

Certificat de transfert, le 24 *février* 1923 (Dr *R...*). — Peut être transféré.

Deuxième asile.

Certificat immédiat, le 25 *février* 1923 (Dr *T...*). — Dépression mélancolique avec apathie. Hallucinations de l'ouïe. Réponses difficiles.

Certificat de quinzaine, le 10 *mars* 1923 (Dr *T...*). — Affaiblissement intellectuel avec hallucinations de l'ouïe : apathie, indifférence, impulsions violentes par intervalles.

Certificat de situation, 2 *mai* 1923 (Dr *T...*). — Est atteint d'une maladie qui semble nécessiter un traitement de longue durée.

Certificat de situation, le 29 *août* 1923 (Dr *T...*). — Déséquilibre psychique avec troubles sensoriels et idées de persécution. Impulsions violentes par intervalles. Cet état nécessite un traitement de longue durée.

Certificat de situation, le 17 *juillet* 1924 (Dr *V...*). — Démence précoce. Impropre à tout service militaire.

Certificat de situation, le 12 *mars* 1925 (Dr *V...*). — Démence précoce. Internement devant être, selon toute vraisemblance, de longue durée.

Certificat de situation, le 2 *juillet* 1925 (Dr *X...*). — Est atteint d'une maladie peu susceptible d'amélioration et qui nécessitera un traitement prolongé.

Certificat de transfert, le 12 *avril* 1926 (Dr *X...*). — Démence précoce. Indifférence. Inaffectivité. Mutisme habituel. Malade calme. Peut être transféré.

Troisième asile.

Certificat immédiat, le 21 *avril* 1926 (Dr *Y...*). — Troubles psychiques avec dépression. Aurait des impulsions. A observer.

Certificat de quinzaine, le 5 *mai* 1926 (Dr *Y...*). — Troubles mentaux caractérisés par : inertie, indifférence, probablement symptomatiques de démence précoce. A maintenir.

Certificat de transfert, le 10 *juillet* 1929 (Dr *P...*). — Est assez calme pour lui permettre d'être traité dans une colonie familiale.

Quatrième établissement.

Certificat immédiat, le 13 *juillet* 1929 (Dr *Z...*). — Démence vésanique avec mutisme.

Certificat de quinzaine, le 26 *juillet* 1929 (Dr *Z...*). — Démence vésanique, a été assez tranquille jusqu'à présent.

Il est donc clair que notre malade Resc., dans la classification actuelle, aurait pu être rangé successivement ou selon l'aliéniste :

1° Dans la catégorie III des états dépressifs, car selon la routinière et illogique conception classique (hormis la seule mélancolie d'involution), tout état dépressif est kraepelinien ;

2° Dans la catégorie II, des états de déséquilibre psychique. A ce nouveau stade, l'élément dépressif qui dominait ayant sans doute régressé, l'aliéniste considéra alors comme essentiels les troubles du comportement, dont il fit, à son tour, une entité ;

3° Dans la catégorie VI, des démences précoces. L'indifférence ayant remplacé la dépression, le mutisme cachant tout délire, il n'y avait plus qu'à ranger ce malade dans les états discordants ;

4° Dans la catégorie X des démences secondaires ou vésaniques, comme en témoigne le dernier certificat.

Ainsi s'est achevé le cycle des mutations syndromiques. Une telle observation n'est pas rare. Nous en avons publié plusieurs. Nous avons rappelé que, sur 217 malades que nous avons déjà examinés à Ainay, lors d'un travail sur le déséquilibre psychique (1), 64 avaient été baptisés, au moins une fois, de ce diagnostic, sur le coquet pourcentage de 29,5 % des cas, c'est-à-dire près du tiers de notre effectif.

Cette mutabilité est la véritable loi du devenir des différents malades qu'on présente aux étudiants comme des clichés ayant la fixité d'une épreuve photographique, alors qu'il faudrait assister au film entier qui ne se déroule pas selon les règles classiques et néo-classiques.

Observation *Ler, né le 17 février 1881*, décédé le 6 mars 1939, avec le diagnostic « embolie cérébrale »

---

(1) *a*) La nomenclature officielle vichyste et la médecine psychiatre. (Rapport inédit à M. le Ministre de la Santé publique), janvier 1945 ;

b) Esquisse d'une nomenclature médicale en médecine psychiatrique (*La Semaine des Hôpitaux de Paris*, avril 1946).

(1) Leconte, M. Réflexions statistiques et médicales sur le déséquilibre psychique (*Annales Médico-Psychologiques*, février 1946).

Les commentaires de la précédente observation nous dispenseront de nous répéter ici. A propos de cet autre cas, nous trouvons encore en jeu cinq des entités supposées, sans compter la rubrique « alcoolisme chronique », qui constitue le groupe VIII, « psychoses toxiques » de la nomenclature, en partie érigée par MM. Demay, Desruelles, Hamel, Lauzier et Schutzenberger, et qui mélange syndromes et étiologies.

Certificat d'admission, le 17 octobre 1907. — Délire de persécution.

Asile clinique, immédiat, le 18 octobre 1907 (Dr Magnan). — Hallucinations multiples. On le poursuit, on veut le tuer, frayeurs, tendances au suicide. Tremblement des mains, étourdissements, crampes. Déjà traité.

Certificat de quinzaine, le 1er novembre 1907 (Dr X...). — Alcoolisme chronique avec accès subaigu en voie de décroissance.

Ville-Evrard, immédiat, le 18 novembre 1907 (Dr Legrain). — Débilité mentale avec dépression mélancolique : idées et tentatives de suicide. Idées confuses de persécution.

Certificat de quinzaine, le 3 décembre 1907 (Dr Legrain). — Débilité mentale avec dépression mélancolique en voie de guérison. Appoint alcoolique.

Certificat de transfert, le 25 janvier 1913 (Dr Trénel). — Démence précoce. Stéréotypies.

Montauban, immédiat, le 25 janvier 1913 (Dr ?...). — Démence précoce. Inconscience presque complète.

Ainay-le-Château, immédiat, le 13 juillet 1929 (Dr Ameline). — Débilité mentale avec alcoolisme. Confusion mentale et tendance à la démence.

Certificat de quinzaine (Dr Ameline). — Démence vésanique sur fonds de débilité mental avec alcoolisme. Assez calme jusqu'à présent.

Tel est le curriculum trop constant de ces malades, mal traités à la période aiguë, immatriculés, recouverts d'un uniforme, puis transférés pour changer d'étiquettes en même temps qu'ils changent d'asile.

La plupart des malades d'Ainay, dont nous avons parcouru les certificats, ont changé, au moins deux ou trois fois de rubrique au cours de leur carrière asilaire émaillée de transferts, trop peu thérapeutiques en général. Si l'on croit aux entités mentales, de tels cas ne s'expliquent plus, ou l'on risque d'avoir une piètre opinion des aliénistes.

C'est pourquoi nous avons proposé d'envisager une classification moderne des malades mentaux, de façon révolutionnaire.

Le rangement psycho-pathologique ne doit être que le premier stade. Il n'a que la valeur d'un syndrome momentanément dominant.

Puis, une fois le malade examiné, sans se soucier des entités mentales défuntes, il sera rangé lui-même selon le syndrome dominant au moment de l'examen. Nous saurons ainsi qu'une description psycho-pathologique correspond à un syndrome essentiellement labile, et non à une entité.

Ainsi appréhendera-t-on, plus souvent qu'on ne le fait, le syndrome le plus constant ou le plus responsable de l'internement, sans négliger la recherche étiologique, la seule importante pour la statistique, la prophylaxie et la thérapeutique.

On voit quelquefois attribuer à la débilité mentale un internement tardif survenu chez un sujet de 40 ans, ayant fait son service militaire, s'étant marié, ayant élevé des enfants en gagnant normalement sa vie.

Que d'erreurs seraient évitées si l'on songeait plus souvent que la constatation d'un syndrome ne dispense pas de la recherche d'un second, puis de la recherche d'une étiologie et que la découverte de celle-ci, ne doit pas écarter l'éventualité si fréquente d'autres étiologies associées.

Nous donnerons ici quelques exemples tendant à réclamer plus de logique dans nos classifications syndromiques et à proposer qu'une hiérarchie soit, au besoin, établie par les psychiatres dans les statistiques, l'étiologie devant venir en tête et le syndrome dominant devant l'emporter sur les syndromes mineurs, sans souci des prétendus signes caractéristiques des vieilles entités.

Exemples en faveur de la règle du syndrome dominant

Observation *G...*

Cette observation souligne l'intérêt de notre notion. Elle limite la portée diagnostique du syndrome. C'est le psychodiagnostic, à compléter obligatoirement par la recherche étiologique.

Elle montre que le diagnostic de P. G. porté quatre ans après l'internement, aurait pu l'être plus précocement, si l'aliéniste n'était pas tombé dans le piège des entités.

Asile de V..., certificat immédiat, le 22 juillet 1933 (Dr R...). — Dépression mélancolique avec idées de persécution. Hallucinations auditives, interprétations délirantes et tentative de suicide par accès d'anxiété avant l'entrée. Coup de rasoir ayant motivé l'entrée à l'hôpital Bichat.

Certificat de quinzaine, le 7 août 1933 (Dr D...). — Délirant persécuté qui a présenté des réactions brutales sous l'influence d'excès alcooliques avoués aujourd'hui. Moins déprimé qu'à l'entrée. Réticent et de mauvaise foi.

Certificat de transfert, le 30 avril 1937 (Dr R...). — P. G. avec idées de persécution et hallucinations multiples, sans tendance aux réactions violentes.

Enfin, l'étiologie laisse passer le bout de l'oreille, sous le brillant pelage psychiatrique de la pseudo-entité !

Certificat immédiat du nouvel établissement, 11 mai 1937 (Dr Z...). — Aurait présenté des phénomènes hallucinatoires actuellement niés. Tentatives de suicide en 1933. Pupilles rigides et myotiques. Possibilité de méningo-encéphalite diffuse fixée après stovarsolthérapie. T. A. (Frossard), 20-12.

Certificat de quinzaine, le 26 mai 1937 (Dr Z...). — Psychose paranoïde sur fonds d'affaiblissement intellectuel, peut-être consécutif à une méningo-encéphalite fixée. Idées délirantes de persécution et d'influence « on lui fait de la pédérastie à l'air liquide. Il est surveillé par trois infirmiers dissimulés sous le plancher de l'infirmerie ». Hallucinations auditives très actives : injures, invectives, allusions multiples à son comportement sexuel, etc... Pauvreté et incohérence des explications délirantes : des individus lui font de la « radio-diffusion » par crainte d'être arrêtés par la justice, car ils ont été condamnés par le Tribunal de Pontoise. Récriminations incessantes mais résignées. Plaintes au Parquet. Cependant calme, paraissant incapable de réactions antisociales. A été placé. A maintenir.

Nous regrettons à nouveau, à propos de ce cas, qu'une ponction lombaire n'ait pas été pratiquée par le médecin-directeur qui concluait dans ses deux certificats, sans plus de curiosité, à une méningo-encéphalite fixée, bien qu'aucune P. L. n'ait encore été pratiquée, près de huit ans après. Nous rappellerons, à ce propos, notre conception de la médecine psychiatrique qui exige la création d'une école plus médicale qu'administrative.

Dans les deux observations suivantes, les malades ont été rangés, alternativement, dans le cadre de la débilité mentale et dans celui du déséquilibre psychique.

Nous prétendons qu'une classification, qui n'est pas fondée sur un élément étiologique, n'a aucun intérêt.

Ce qu'il faut apporter au service central de la statistique, ce sont des causes.

Ces deux observations, des plus fréquentes, montrent bien la relativité de nos nomenclatures actuelles.

Révisées à la lumière de nos conceptions de la médecine psychiatrique, il n'y a plus désaccord. Chaque syndrome est forcément accompagné d'un sous-syndrome. En ce qui concerne la débilité et le déséquilibre qui homologuent des troubles du comportement, nous préconisons donc de mettre en tête ce qui a occasionné l'internement. La lecture des certificats dans lesquels coïncident ou alternent les deux notions de débilité et de déséquilibre montre bien la gêne des psychiatres, s'ils n'ont pas conscience d'une règle indispensable de classification.

Observation *Ma... né le 10 décembre 1894.*

Asile Clinique, immédiat, le 15 sept. 1903 (Dr. Dagonet) Imbécillité. Perversions instinctives. Irritabilité. Onirisme.

Asile de Vaucluse (Dr Dupain). — Débilité mentale avec perversions instinctives. Accès convulsifs. Violences. Strabisme unilatéral du côté gauche. Stigmates de dégénérescence.

Asile de Vaucluse (Dr Blin) Débilité mentale avec notions bornées. Instruction rudimentaire. Incapacité de diriger ses actes. Cet enfant qui est inoffensif, peut être transféré.

Asile de Chezal-Benoît, transfert, le 25 avril 1929 (Dr L..) Débilité mentale avec troubles du caractère avec recrudescence au moment des périodes de subexcitation. Revendicateur au cours de ces périodes. Par ailleurs, bon enfant et maniable dans ses périodes de calme durant lesquelles il travaille. Cependant, souvent facteur de désordre. A transférer.

Asile de Naugeat, transfert, le 27 sept. 1933 (Dr. Calmettes) Déséquilibre psychique. Stigmates morphologiques. Interprétations fausses qu'il arrive à rectifier. A fait l'objet d'un placement à la campagne, sans qu'il y ait eu d'incident notable. Peut être transféré.

Asile de A. Immédiat, le 11 oct. 1938 (Dr S.). — Débilité mentale. Déséquilibre psychique. Serait instable. Actuellement calme.

Observation *Gr., né le 24 décembre 1882.*

Préfecture de Police, le 30 décembre 1924 (Dr de Clérambault). Débilité mentale profonde. Arriération morale. Incapacité sociale. Ethylisme et vagabondage ; épilepsie alléguée jadis. Stigmates spé-

cifiques et autres. Nombreux internements. Parisitisme conscient et justifié. Sans ressources, ni asile, demande son placement. A envoyer en colonie familiale.

Asile de Ville-Evrard, immédiat, le 31 *décembre* 1924 (*Dr Rodiet*). — Débilité mentale avec alcoolisme chronique. Plusieurs internements. Parasite des asiles et des dépôts de mendicité.

Asile de Vaucluire, immédiat, le 11 *mars* 1925 (*Dr. Perret*) Dégénérescence mentale avec appoint éthylique. Parasitisme. Vagabondage. Inutilité sociale.

Certificat de transfert, le 7 *décembre* 1925 (*Dr Perret*). — Déséquilibre constitutionnel avec stigmates physiques de dégénérescence. *Spécificité ancienne probable.* S'occupe. Son envoi en colonie familiale a déjà été proposé par le Dr de Clérambault qui l'a examiné à l'infirmerie spéciale du Dépôt de Paris. Peut être transféré.

Ces divers certificats montrent déjà l'intérêt d'une doctrine voulant accorder la préséance à l'étiologie souvent constituée d'un véritable faisceau pathogène, où syphilis et alcool rivalisent de fréquence, à des titres tantôt héréditaires, tantôt acquis.

De telles observations peuvent être produites à l'infini. Il suffit d'ouvrir le dossier d'un malade ayant été observé suffisamment longtemps ou par un nombre suffisant de psychiatres.

Nous terminerons par une dernière observation où la malade a été rangée dans les états dépressifs, le déséquilibre mental et les psychonévroses de la nomenclature critiquée, au sous-groupe de la psychasthénie.

Qu'on se rappelle que tout syndrome s'accompagne souvent d'un sous-syndrome. Il ne s'agit pas de psychoses diverses, de passage d'une psychose à une autre ou de psychoses combinées. Seul le processus, l'état humoral ou végétatif varie. S'il ne varie pas, une application de notre règle rendrait plus souvent le psychiatre d'accord avec ses confrères.

Observation *Mlle Jov...*

Asile clinique, immédiat, le 5 *juin* 1937 (*Dr S.*). — Etat dépressif avec idées délirantes hypocondriaques et d'immobilité ; elle a le cerveau paralysé. Son corps ne fonctionnera bientôt plus. Idées de suicide. Amaigrissement, anémie. Petit goitre. Cicatrice du sein gauche. Fonds de débilité mentale. Traitée à Prémontré, pour une crise de léthargie.

Asile de Moisselles, immédiat. — Déséquilibre mental. Accès dépressif actuel, évoluant depuis plusieurs mois. Asthénie : « Elle a la tête complètement vide, le cerveau endormi ». Préoccupations hypocondriaques. Elle pense que sa maladie est cancéreuse. Idées d'immobilité. Récit d'une tentative de suicide. Aurait été internée à Prémontré, deux ans, pour une crise de catalepsie. Elément pithiatique probable. Dymnésie. Pouls lent, hypotension. Hypertrophie légère du corps thyroïde.

Dun-sur-Auron, quinzaine, le 17 *avril* 1938. — Psychasthénie avec tendances hypocondriaques. Insomnie intermittente.

Inutile donc de découper en nouveaux secteurs les vieux éventails psychiatriques. Il faut étudier avec soin l'élément biologique du couple psycho-somatique qu'on retrouve toujours chez tout malade mental, ainsi que le prouve le petit symptôme thyroïdien invoqué, par exemple, dans la dernière observation.

Conclusions

L'application de la règle descriptive du syndrome dominant entraîne une simplification de la nomenclature. Elle détruit, à peu près complètement les cadres des psychoses atypiques et des psychoses associées, voire des états mixtes.

Devant un état atypique, où l'aliéniste hésite à ranger son malade soit dans le cadre d'une entité paraissant évidente, soit dans un autre, en raison d'un petit symptôme mineur qui lui paraît capital (un sourire discordant, par exemple, dans un état délirant ou confusionnel net) l'embarras du psychiatre tombera. Et l'accord avec le psychiatre voisin ou prochain se fera plus fréquemment.

Par ailleurs, les syndromes mentaux n'étant plus considérés comme des entités, le spectre de celles-ci n'inhibera plus la fouille étiologique si nécessaire et trop négligée.

La rubrique « psychoses associées » n'a plus de sens.

Ce sont, non des psychoses qui s'associent, mais des syndromes que l'on doit analyser didactiquement, sans croire pour cela à un mariage de maladies mentales.

Ce n'est pas la maladie excitation qui s'associe à la maladie confusion ou à la maladie schizophrénie. C'est le processus qui, par ses atteintes neuro-végétatives et cérébrales, donne à la fois des états de confusion, de délire, d'excitation.

Il en résulte que le psychiatre n'a plus de temps à perdre dans des discussions byzantines. Il doit œuvrer en médecin.

Les psychologues classent volontiers les fonctions psychiques en fonctions intellectuelles, fonctions affectives, fonctions actives.

En fait, c'est selon l'intelligence, l'état de la pensée, celui de l'affectivité et du comportement, l'état de la volonté, que nos principaux syndromes psychopathologiques se groupent. Quand le domaine intellectuel est atteint, congénitalement ou non, de façon aiguë ou chronique, et que l'examen montre son atteinte au premier plan, sans renoncer pour cela à l'inévitable recherche étiologique, on parlera de débilité, de confusion, de démence. Quand le malade est délirant, sans aucun des syndromes précédents, il sera classé dans les syndromes délirants.

Au point de vue de l'affectivité, on parlera de dépression, d'excitation, d'indifférence, de discordance ou de déséquilibre.

Jamais ces différents syndromes ne devront être pris pour des entités (un même processus peut les créer tous), tout dépend de l'âge, du siège, des combinaisons étiologiques.

Les principaux syndromes rencontrés en médecine psychiatrique se ramènent pratiquement à une huitaine. Il n'est pas de grande utilité de les étendre. De même que certains individualisent, à côté des délires chroniques, des paraphrénies, nous pourrions décrire des paramanies, des paraschizophrénies, des parapsychasthénies, des parapresbyophrénies, pour monter en épingle des syndromes atypiques plus fréquents encore que ceux de la paraphrénie de Kraepelin. Mais, à quoi bon ! Fouillons surtout le somato et le biodiagnostic, le seul versant encore peu connu qui est l'avenir de notre art.

Les mêmes recherches étiologiques et médicales devront, en outre, être pratiquée à propos de chacun de nos syndromes. Ce sont celles de la médecine générale.

La notion du syndrome dominant simplifie le classement de nos malades, facilite la discussion des diagnostics différentiels si rebutants, habituellement, pour les autres médecins, que beaucoup ont abandonné l'étude de la psychiatrie, devant la Tour de Babel asilaire. Elle encourage une attitude médicale devant nos malades. Elle autorise aussi l'espoir d'une médecine psychiatrique réintégrée dans les hôpitaux, pour le plus grand bien de nos malades et de la recherche biologique indispensable à une étude moderne des troubles mentaux. Les nouveaux traitements biologiques sont venus également les éclairer d'un jour nouveau.

La lecture des litanies de certificats de nos malades prouve la routine actuelle qu'entraîne une conception erronée. Elle aide à la disparition du mythe des maladies mentales. Elle permettra l'établissement d'une classification médicale et logique, basée sur la notion du syndrome dominant. Ainsi, l'entente internationale pourra-t-elle régner entre les psychiatres sur les troubles mentaux et leurs causes.

La psychiatrie doit être modernisée, clarifiée, simplifiée.

Elle le peut, grâce aux données modernes de la médecine psychiatrique, historiques, anatomo-pathologiques, psycho-pathologiques, c'est-à-dire cliniques et logiques, et même, qui l'eût cru, administratives, ainsi que le prouve les habituelles litanies des certificats si protéiformes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

13 *mars.* — M. Beck. — Pénicillothérapie dans les abcès du cerveau.

M. Schwed. — Action des dérivés sulfonés dans la tuberculose.

M. Arnould. — Transfusion sanguine.

M. Coupeau. — Traitement de la méningite à pneumocoques.

M. Prudhomme. — Traitement des cholecystites chroniques.

M. Dubitchi. — Chylopéritoine congénital.

M. Cresciucci. — Réparation de la silicose.

14 *mars.* — M. Barré. — Réflexions au sujet de la pâleur.

M. Picard. — Taux des albumines du sang.

M. Digabel. — Suppurations à point départ appendiculaire.

27 *mars.* — M. Henry. — Sédimentation sanguine dans les psychoses.

M. Magnan. — Accidents urinaires de la sulfamidothérapie.

M. Lemarchand. — Etude des phlébites des tuberculeux.

M. Bloyard. — Anesthésiques généraux en obstétrique.

M. Dupont. — Dix mois d'assistance médicale à Dun-sur-Auron.

M. Le Rouzic. — Réactions cutanées à la tuberculose.

M. Talgorn. — Essai sur la mycothérapie ou fongithérapie.

M. Louis-Sylvestre. — Hypovitaminose C.

M. Charlier. — Formes abdominales du rhumatisme articulaire aigu.

M. Lacourt. — Traitement hormonal du cancer.

M. Derville. — Maladie polykystique du foie.

M. Vial. — Nourrissons rapatriés d'Allemagne.

M. Wolf. — Accidents dus au froid.

M. Walton. — Occlusion intestinale précoce après appendicectomie. Traitement.

M. Brossaud. — Fractures du col du fémur.

ACTUALITÉS

LES EMBOLIES DE LAIT DANS LES BRONCHES CHEZ LE NOURRISSON

La fragilité du nourrisson, surtout dans les premiers jours de la vie, est une constatation banale ; le changement de milieu vital du jeune être et la première rencontre d'un organisme encore dépourvu d'expérience animale avec un milieu extérieur dans son ensemble hostile, sont une explication générale satisfaisante. Mais le mécanisme de l'attaque subie par le jeune organisme n'est pas toujours évident, non plus que le point faible de la défense qui est victime de cette attaque. Très tôt le nouveau-né paie son tribut aux affections respiratoires ou digestives, aux troubles généraux de la nutrition qui sont les principales causes de la mortalité. Dans quelques cas, il faut aussi le reconnaître, ces facteurs sont incriminés par tradition ou esprit de système et faute de mieux ; aucune vérification anatomique ne vient non plus, dans la plupart des cas, confirmer ou démentir une supposition. Lorsque la mort survient par asphyxie, les causes possibles sont nombreuses et dans un passé encore récent, l'hypertrophie des thymus, génératrice de compression trachéale servit à résoudre, au moins en apparence, bien des énigmes. A y regarder de plus près, il fallut bien cependant reconnaître que l'hypertrophie des thymus manquait souvent ou qu'elle était trop minime pour expliquer des troubles respiratoires même passagers et moins encore des accidents graves.

Un récent travail, présenté à la *Société de Pédiatrie*, par M. Julien Marie et ses collaborateurs (1), montre qu'on peut parfois se trouver en face d'une autre cause, toute simple mais à laquelle il faut penser : l'embolie de lait dans les voies aériennes. Un trouble de déglutition n'est pas forcément la cause ; il passe d'ailleurs rarement inaperçu une fois constitué. C'est au contraire le reflux du contenu gastrique dans le pharynx, puis le larynx et les bronches par vomissement ou même simple régurgitation. Les uns ou les autres peuvent être inopinés, sans grande réaction de l'enfant et sans que l'attention de l'entourage soit attirée. Ils peuvent se produire pendant le sommeil qui suit un repas, la nuit, en particulier, souvent au milieu du plus grand calme et chez un nourrisson qui a pu, jusque là, ne causer aucune inquiétude à son entourage ni nécessiter de surveillance particulière.

Un premier cas fournit aux auteurs l'occasion d'une recherche particulière, celui d'un enfant de 3 mois 1/2 présentant des régurgitations dues à une paralysie vélo-palatine avec cornage, sorte de syndrome pseudobulbaire ou myasthénique. L'alimentation était malaisée à cause de la paralysie et l'état général de l'enfant s'en ressentait. En cours d'évolution apparut une oto-mastoïdite pour laquelle, on échappa de justesse à une trépanation et accompagnée d'un syndrome toxique. L'état général et local s'améliora, mais la paralysie persista, s'aggravant bientôt de paralysie masticatrice et de luxation intermittente du maxillaire inférieur. L'enfant continuait de vomir puis, brusquement, apparurent de la fièvre, un état toxique et de la dyspnée et la mort survint brusquement.

L'autopsie montra, en plus d'une broncho-pneumonie suraiguë, des zones de congestion du parenchyme, sous-pleurales en particulier, avec, dans les bronches et les alvéoles de certains territoires, une exsudation séreuse. De plus, il existe, dans certaines bronches, des amas d'une substance granuleuse ; ils ont une colorabilité élective pour le soudan qui ne laisse aucun doute sur leur nature graisseuse et sont entourés de nombreux leucocytes. Aucune hypothèse n'est faite sur leur origine.

Un autre nourrisson, de petite taille, mais qui avait en 10 jours retrouvé son poids de naissance, commence le 11ᵉ jour une chute de poids qu'aucun soin n'arrête désormais. Son appétit est normal mais il vomit de façon régulière une partie de chaque tétée. Le 14ᵉ jour, il est trouvé mort, une heure environ après une dernière tétée, partiellement vomie comme les autres.

A l'autopsie : congestion accentuée du parenchyme avec une bulle d'emphysème. Histologiquement les bronches de tout calibre sont obstruées par une substance granuleuse jaunâtre, mêlée de débris de desquamation bronchique. La même substance se retrouve dans les canaux alvéolaires et même dans les avéoles ; elle forme dans les alvéoles une mince pellicule qui vernit la paroi. Au voisinage, quelques zones d'affaissement ou d'emphysème. Autour des amas, polynucléose très prononcée.

Un dernier nourrisson, enfin, a, dès ses premier jours, vomi régulièrement après chaque tétée ; une entérite aiguë apparaît bientôt. Appétit conservé, mais état général de plus en plus atteint et baisse de poids régulière. L'enfant est trouvé mort, trois heures après une dernière tétée que, de même que l'avant-dernière, il avait par exception conservée.

Rien de plus, macroscopiquement, qu'un peu de congestion pulmonaire. Au microscope, dans les bronches de tout calibre, dans les canaux alvéolaires et les alvéoles on trouve une abondance de substance brunâtre se colorant par le soudan.

Dans ces trois cas, on retrouve donc le régime exclusivement lacté, les vomissements, la mort inopinée et la présence dans l'arbre respiratoire d'une substance qui s'est parfois répandue jusque dans les dernières ramifications bronchiques et présentant l'aspect et les caractères tinctoriaux des graisses.

La présence de cette substance dans l'appareil bronchique de tout un territoire et sans lésion d'alvéolite, empêche de la considérer comme le produit de la fonte des graisses pulmonaires ; elle provient donc de l'extérieur. Les amas flottent parfois au milieu d'une sérosité non colorable sécrétée du fait de l'irritation locale. On ne voit dans ces cas que le seul lait ingéré qui puisse être en cause.

L'expérimentation montre que chez le cobaye vivant, du lait injecté dans les bronches peut pénétrer jusque dans les alvéoles ; les amas formés et même l'enduit sur la paroi alvéolaire sont semblables. Le reste du tableau histologique ne diffère pas sensiblement de ce qui a été vu chez les trois nourrissons observés. D'autre part, un poumon humain injecté *post mortem* prend le même aspect, tant pour les affinités colorantes de la masse injectée que même pour la réaction de la paroi bronchique. Lorsqu'on injecte du lait dans la trachée d'un cobaye vivant, la mort survient au bout d'un quart d'heure environ et le lait a pu, du fait des mouvements respiratoires, pénétrer jusqu'aux alvéoles. Il est même à noter que c'est dans les alvéoles les plus éloignés de la bronche que tend à se porter le liquide injecté ; les alvéoles péri-bronchiques sont relativement libres. Très vite aussi se produit de la congestion alvéolaire avec afflux de polynucléaires, aspect analogue à ce qu'ont montré les autopsies. Il n'est pas jusqu'aux zones d'emphysème de voisinage qui ne viennent compléter la ressemblance anatomique et physiologique. Enfin l'injection dans un poumon d'enfant *post mortem* réalise un aspect macro et microscopique analogue, le liseré alvéolaire y compris.

Aucun autre fait ne pouvant être retenu non plus qu'aucune origine proprement pulmonaire, il semble difficile de trouver une autre origine que l'alimentation pour une substance grasse donnant des effets aussi semblables à celui du lait de l'expérimentation. Ce lait était d'ailleurs la seule alimentation des malades.

L'existence de zones d'emphysème et de zones d'affaissement au voisinage des territoires embolisés exclut la régurgitation *post mortem* du contenu gastrique ; ces lésions prouvent en effet que l'enfant vivait encore au moment de l'inondation bronchique et a même respiré encore quelque temps puisque le revêtement graisseux de la paroi alvéolaire a pu se former. M. Julien Marie et ses collaborateurs ont constaté expérimentalement, en effet, que très peu de temps suffit à réaliser l'aspect histologique constaté. En 1/4 d'heure l'alvéole se revêt et dans les bronches se fait autour des corps étrangers une exsudation séreuse. Si dans le premier cas la broncho-pneumonie classique s'est produite, d'autres effets peuvent la remplacer par le trouble du métabolisme et surtout la mise en jeu de réflexes à point de départ respiratoire. Dans les cas ci-dessus, aucune affirmation n'est possible faute de constatation directe des accidents terminaux.

On ne saurait pourtant négliger l'action certainement irritante du contenu gastrique sur la muqueuse laryngée et trachéale ; on en connaît la sensibilité plus grande encore chez le jeune enfant que chez l'adulte.

C'est à l'occasion d'un vomissement ou d'une régurgitation que se produit la fausse route alimentaire ; dans bien des cas de mort inopinée et inexpliquée du nourrisson la souillure de l'oreiller a été notée. La régurgitation est fréquente et habituellement sans danger ; on peut ici supposer que la faiblesse d'un enfant hypotrophique ou gravement affaibli joue un rôle adjuvant. Peut-être aussi un trouble nerveux central ou une anomalie dans l'action des muscles du pharynx et du larynx jouent-ils un rôle et diminuent-ils la vigueur ou la rapidité d'un réflexe de défense et cette déficience est plus vraisemblable chez un enfant en mauvais état que chez un nourrisson bien portant.

Il ne semble pas que de tels accidents tiennent jusqu'ici grand place dans la littérature médicale, tout au moins quant à la genèse et au mécanisme. Parrot, cependant, y fait allusion sans y insister.

Ils sont malaisés à prévoir et à prévenir ; le médecin ne peut guère agir faute d'arriver à temps ; il semble que les manœuvres des accoucheurs en présence de nouveau-nés apnéiques, aspiration, position renversée, pourraient ici aussi s'appliquer. Le côté médico-légal du problème, sur lequel nous n'insistons pas, n'en est pas moins important.

Le médecin doit ne pas oublier la possibilité de pareils accidents et ne pas perdre de vue que les heures nocturnes, où la surveillance la plus dévouée se relâche inévitablement, ne sont pas sans danger surtout chez des enfants débiles et qu'il est tout au moins prudent, sinon d'une efficacité assurée, de ne pas prolonger, surtout chez des enfants débiles le décubitus strictement dorsal.

R. Levent.

(1) Société de Pédiatrie, février 1946.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 26 Mars 1946

Rapport de M. Fabre au nom de la Commission de l'herboristerie.

Rapport de M. Brocq-Rousse sur les demandes en autorisation de vaccins.

Protestation au nom de l'Institut Pasteur. — M. Trefouël adresse à l'Académie une protestation contre les procédés de certains organismes qui se recommandent indûment de l'autorité de l'Institut Pasteur pour répandre certains médicaments contre la tuberculose, d'efficacité insuffisamment démontrée. A l'unanimité, l'Académie s'associe à cette protestation.

Les virus ictérigènes de rencontre. — M. Chabrol. — Depuis plusieurs années nombre d'affections hépatiques sont défigurées et remaniées par la rencontre de virus ictérigènes épidémiques. L'ictère des cirrhoses, qui était exceptionnel pour les contemporains de Hanot a singulièrement augmenté de fréquence : il s'est introduit en chirurgie, simulant le gros foie de la cholostase ; les germes qui l'engendrent sont particulièrement redoutables durant l'évolution de la lithiase vésiculaire en créant des jaunisses douloureuses et fébriles, que l'on met bien à tort sur le compte d'une obstruction calculeuse du canal cholédoque. Ils font porter le diagnostic de maladie de Hanot, lorsqu'ils se greffent sur le fond d'une cirrhose hépato-splénomégalique depuis longtemps sous roche, voire sur la trame d'une maladie hémolytique jusqu'alors méconnue ; ils compliquent l'évolution de la grossesse, en faisant apparaître des ictères bénins ou graves, très différents dans leur essence, des ictères à répétition et des anémies ictérigènes, révélant une tare héréditaire du foie ou du sang.

La spécificité de ces germes infectieux, qui commandent l'ictère, s'oppose à la spécificité du terrain qui modèle la réaction hépato-splénique et détient le pronostic.

L'admission aux œuvres de préservation de l'enfance contre la tuberculose (Critères cliniques et biologiques). — M. d'Œlsnitz (Nice). — Les conditions locales ont amené à réaliser une maison départementale de placement de l'enfance intermédiaire entre le placement familial et le préventorium. 411 enfants ont été ainsi placés depuis treize ans, contaminés en général en famille et, le plus souvent, par leur mère. On a toujours pratiqué au début l'examen général dans un isolement systématique avec examens radiologiques répétés qui ont montré, fréquemment, des traces de surinfection exogène. 32,84 fois sur 100 la cuti était négative, 8 fois la cuti a viré pendant le séjour de l'enfant. Le traitement a exclu toute pratique énergique et a consisté dans l'aération, le repos, l'alimentation.

Discussion : M. Armand-Delille.

Filtrats bruts de pénicilline stabilisés à l'usage externe. — MM. Velu, Pénau, Charabas et Benoist. — Devant la difficulté qui persiste à se procurer la pénicilline purifiée en quantité suffisante et devant l'instabilité des pénicillines brutes jusqu'ici essayées, les auteurs ont essayé des extraits pénicilliniques extraits de cultures industrielles de *P. notatum*. Les essais à l'emploi externe ont donné des résultats intéressants et la conservation de ces produits s'est montrée plus aisée que pour les pénicillines brutes. Ce médicament peut donc rendre service dans certains cas tant que persiste la rareté de la pénicilline purifiée.

Considérations sur l'allergie. — M. Ruiz Moreno (Présentation faite par M. Pasteur Vallery-Radot).

M. Hazard est adjoint à la Commission du statut des Laboratoires d'analyses médicales.

Elections. — MM. Leroux et Pruvost sont élus membres titulaires dans la section de médecine en remplacement de MM. Le Noir et Fiessinger, décédés.

Séance du 2 avril 1946

Nécrologie. — M. le Président fait part à l'Académie du décès de Jean Abadie (de Bordeaux), correspondant national et de M. T.-H. Morgan (de San-Francisco), associé étranger.

Contre l'alcoolisme. — Sur la proposition de la Commission de l'Alcoolisme, l'Académie adopte, à l'unanimité, le vœu suivant :

L'Académie, regrettant profondément que l'ordonnance du 20 octobre 1945 sur la limitation des débits de boisson ait été abrogée, attire l'attention de l'Assemblée Constitutante sur le danger que présenterait, pour la santé publique, toute loi qui aurait pour conséquence de ne pas restreindre le nombre de ces débits.

La pénicilline administrée par voie buccale préserve-t-elle contre l'infection syphilitique expérimentale ? — MM. Levaditi et Vaisman.

Contrairement à l'activité préventive intense et stérilisante de la pénicilline à l'égard de l'infection tréponémique du lapin, lorsque le médicament est injecté par voie intramusculaire, celle de la pénicilline ingérée est nulle, ou peu s'en faut. Une protection contre la dispersion spirochétienne a été constatée, dans les mêmes conditions, chez la souris, il est vrai, à des doses de pénicilline supérieures à celle utilisées chez le lapin.

Durée de conservation de la mobilité de la virulence des tréponèmes syphilomateux. — MM. Levaditi et Vaisman. — Chez les lapins porteurs de chancres tréponémiques scrotaux, conservés à +5° après la mort provoquée de l'animal, les spirochètes conservent en partie leur mobilité pendant trois jours, mais la perdent le cinquième jour. Pendant toute cette période, ils conservent cependant leur pouvoir pathogène pour les animaux réceptifs.

Un an de pénicillinothérapie à Marseille. — MM. Mattei et Recondier. — Sur 401 cas traités on a obtenu 280 guérisons, 46 améliorations très notables, 20 résultats incomplets. On a noté 55 décès. Ce sont les indications certaines qui ont procuré les meilleurs résultats. Les succès confirment le diagnostic et incitent à persévérer pour éviter les rechutes. Sans doute fera-t-on des cures d'entretien lorsque la pénicilline sera moins rare.

Les demi-succès doivent inciter à vérifier la posologie, rechercher les « écueils » au traitement, les associations microbiennes.

Les échecs nets peuvent amener à préciser certains diagnostics.

La listerellose humaine et animale en France. — M. Belin (Présentation de M. H. Vincent). — La listerellose ou listériose, maladie commune à l'homme et aux animaux, pratiquement inconnue en France jusqu'à cette guerre, atteint maintenant chez nous l'homme et la plupart des espèces animales sensibles. M. Belin, après l'avoir trouvée chez le mouton en 1943, vient de l'identifier chez le cheval, qui était considéré jusqu'ici comme un animal réfractaire à cette maladie. Il est probable que cette affection est plus fréquente qu'on ne le pense en raison de l'ignorance dans laquelle on se trouve au sujet de son extension actuelle dans notre pays. La listerellose s'est révélée chez nous, jusqu'ici, une maladie très grave, très souvent mortelle. La médication sulfamidée semble devoir sauver un certain nombre de malades. Ce travail, en attirant l'attention des médecins, des vétérinaires, des bactériologistes, sur cette question, pourra permettre un diagnostic rapide et l'utilisation, en temps utile, d'un traitement convenable.

Sur une épidémie de typhus survenue à Marseille au camp d'hospitalisation des prisonniers allemands. — MM. Violle et Calamet. — Les auteurs ont observé une épidémie de typhus parmi les malades d'un hôpital de prisonniers allemands.

Cette épidémie a présenté dans son étiologie quelques particularités intéressantes, se rapprochant par certains faits du typhus épidémique historique et par d'autres du typhus murin. Elle a donné lieu à une vérification expérimentale.

Il semble en résulter que ce typhus aurait des caractères du virus murin chez l'animal (cobaye et rat) et du typhus historique, en raison de sa transmission probable par les poux, chez l'homme.

Cliniquement, ce typhus a eu une allure bénigne qui s'est traduite par une mortalité de 8 % environ.

Aperçu sur les troubles métaboliques lipido-protidiques au cours de la fièvre récurrente cosmopolite. — MM. Lebon, Choussat, Delarras et Mlle Aubaniac (Présentation faite par M. Chiray). — Les auteurs ont examiné 30 cas de fièvre récurrente cosmopolite et ont, avec une grande fréquence, observé une baisse des protides et une augmentation des lipides sanguins. Dans un cas une néphrose lipoïdique paraît pouvoir être la conséquence de ce trouble métabolique.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars 1946

A propos de 13 cas de plaies abdominales et thoraco-abdominales de guerre. — M. Perrotin. — Rapport de M. Braine.

Thrombo-phlébite du sinus caverneux guérie par la médication iodo-sulfamidée. — M. Barrat. — Rapport de M. Truffert.

Sur le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. — M. Mallet-Guy revient sur la notion que la cholédoco-duodénostomie ne doit être faite que lorsque la voie biliaire principale est libre ; cette méthode reste d'ailleurs une méthode d'exception tout au moins en France ; il la réserve aux seuls malades dont l'état lui paraît inquiétant en raison de l'infection ou de l'atteinte hépatique.

La pénicilline dans le traitement des cancers infectés. — MM. Moulonguet et Mallet ont utilisé la pénicilline comme traitement préalable des cancers infectés, en particulier cancer du col utérin, adénopathies cervicales des cancers de la langue ou du cavum ; les résultats qu'ils ont obtenus sont très satisfaisants et parfois étonnants ; on assiste à une rétrocession très rapide de l'induration inflammatoire et l'on se trouve en présence de lésions d'un traitement chirurgical ou radiothérapique beaucoup plus facile.

4 cas de purpura abdominal. — MM. Boudreaux, Carillo et Jupeaux. — M. Fèvre, rapporteur.

La phosphatasémie des tumeurs prostatiques. — MM. Wolfromm et Loiseleur ont étudié la phosphatasémie dans les cancers de la prostate, les cellules cancéreuses de la prostate ayant conservé la propriété de sécréter la phosphatase acide. Les cancers de la prostate, entraînent une augmentation considérable de la phosphatase acide et de la phosphatase alcaline, le traitement hormonal par le distilbène fait baisser le taux de la première de 57 %, le taux de la seconde de 35 %. Dès qu'on arrête le traitement les troubles réapparaissent et le taux de la phosphatase acide remonte.

Séance du 3 avril 1946

Double anévrysme poplité bilatéral. Traitement par la méthode de Halstead et sympathectomie lombaire. — M. Froelich.

Opération de Matas pour un anévrysme du canal de Hunter chez un homme de 70 ans. — M. Morel. — M. Leriche en rapportant ces deux observations souligne la gravité des anévrysmes spontanés qui sont souvent multiples et dont la circulation collatérale est mal développée. La méthode conservatrice a donné dans la deuxième observation rapportée un bon résultat. Les auteurs américains ont tenté, récemment, de rétablir la continuité artérielle par des greffes de veine montées sur des tubes de vitalium qui facilitent la suture aux deux bouts du greffon veineux. M. Leriche insiste sur la nécessité d'avoir recours, presque toujours, à la méthode conservatrice dans le traitement de ces anévrysmes.

Un cas d'ulcère peptique développé et perforé dix-huit jours après une gastrectomie. — M. Courty. — M. Banzet lit ce travail basé sur une observation dans laquelle un deuxième ulcère peptique se perfora dix-huit jours après une gastrectomie faite pour ulcère peptique.

Pseudarthrose du col traitée par enclouage onze mois après la fracture. — M. Grinda. — M. Boppe estime que certaines fractures anciennes peuvent être traitées par le procédé d'enclouage, mais il se demande s'il n'y aurait pas intérêt à faire au préalable un avivement des surfaces osseuses.

L'injection intra-artérielle d'ammoniaque dans le traitement des gangrènes des membres. — M. Lauwers a utilisé ce procédé avec succès pour obtenir des vaso-dilatations dans les gangrènes par artérite.

Note complémentaire sur la gastrectomie avec anastomose à la Péan. — MM. d'Allaines et Dubost montrent que l'opération de Péan amène la même anachlorydrie que dans les autres procédés de gastrectomie.

Sur la gastrectomie avec anastomose à la Péan. — M. Mialaret s'est attaché à l'étude du fonctionnement radiologique de ce procédé d'anastomose ; avant de l'utiliser, il faut auparavant s'assurer que le fonctionnement du duodénum est normal. Il discute l'origine de la dilatation duodénale et jéjunale post-opératoire.

Brides et palmures cicatricielles secondaires à des brûlures et traitées par plasties cutanées. — M. Dufourmentel.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 23 mars 1946

Bronchoconstriction provoquée par inhalation chez la tortue. — MM. L. Binet et D. Dargeton montrent le parti favorable que l'on peut tirer de la situation haute de la bifurcation trachéale chez la tortue pour l'étude des réactions broncho-motrices provoquées par des inhalations toxiques. L'analyse des réactions enregistrées du côté réactif intoxiqué et du côté opposé respirant à l'air, permet de conclure que l'inhalation de chlore et de phosgène entraîne une broncho-constriction qui relève d'un mécanisme double : réflexe, utilisant la voie des pneumogastriques, et direct, par action sur le muscle bronchique.

Ces résultats, comparés à ceux obtenus chez le chien avec d'autres toxiques, confèrent à cette réponse double un caractère assez général.

Intérêt de la réaction de Weltmann dans les tumeurs cérébrales. — MM. Ivan Bertrand, J. Guillaume et Mlle D. Quivy trouvent dans la réaction de Weltmann un appoint sérieux dans le diagnostic et le pronostic des tumeurs cérébrales : inférieure à 0,6 dans les processus histologiques bénins (adénomes hypophysaires, méningiomes, neurinomes) ; supérieure à 0,6 dans la grande majorité des processus malins.

Une réaction aspécifique d'évolution de maladie. — M. A. Suchet, en partant de la réaction de Costa, a réalisé une réaction sérologique, positive seulement chez les sujets porteurs d'une affection en évolution.

L'acrodynie expérimentale, maladie par déséquilibre alimentaire. — M. R. Lecoq a pu réaliser, chez le rat, un syndrome acrodynique pur à l'aide d'un régime artificiel additionné d'une large proportion des cinq vitamines B, mais déséquilibré par substitution de caséine purifiée à la poudre de muscle. Ce syndrome cède à l'adjonction d'adermine, connue encore sous les noms de pyridoxine ou vitamine B_6, que l'auteur voudrait enlever du groupe des vitamines B en lui attribuant la lettre G.

Altérations du foie et de la rate dans des régimes entièrement privés de protéines ou à faible teneur protéique. — MM. A. Aschenasy et J. Mignot montrent les lésions différentes produites par des régimes entièrement privés de protéines et pauvres en graisses, ou avec une augmentation du taux des graisses, ou avec un taux de caséine de 2 %, le foie étant histologiquement beaucoup plus altéré dans ce dernier cas.

Lésions du foie et de la rate dans des régimes à la fois privés de protéines, entièrement carencés ou pauvres en graisses et surchargés en vitamines B_1 et B_2. — MM. A. Aschenasy et J. Mignot insistent sur les lésions principalement hépatiques ainsi obtenues, la vitamine B_2 paraissant par ailleurs exercer une action d'épargne spécifique sur les protéines spléniques dans les régimes sans azote.

Action d'antihistaminiques de synthèse sur le choc anaphylactique et le comportement des anticorps chez le lapin. — M. A. Loya confirme chez le lapin la protection contre le choc anaphylactique par injection préalable d'antergan ; celle-ci empêche par ailleurs l'effondrement des anticorps sériques, dont il a constaté l'existence au cours du choc anaphylactique, chez le lapin sensibilisé aux globules rouges de mouton.

Stabilisation de la réaction de Pauly par des substances antioxygène . Application au dosage électrophotométrique de l'histamine. — MM. B. Halpern et S. Vionnet.

Etude cinétique photométrique de la réaction de diazotation de l'histamine et de l'histidine. Mise à profit de cette technique pour la différenciation des deux substances. — MM. B.-N. Halpern, S. Vionnet et J. Patte, après défécation appropriée, ont mis à profit la cénétique chronologique de la coloration différente de l'histamine et de l'histidine, jointe à l'emploi au moment opportun d'une substance stabilisatrice et fixatrice de la coloration, pour pratiquer un dosage spécifique de l'histamine par électrophotométrie à l'aide de la réaction de Pauly.

Sur la symbiose du bacille tuberculeux avec un clostridium, anaérobie facultatif, lui permettant de se développer à des pH élevés. — M. J. Solomidès décrit une nouvelle espèce microbienne, d'un polymorphisme extrême, mais à caractères culturaux particuliers, qui permet au bacille tuberculeux de se développer sur pomme de terre fortement alcalinisée.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTICULATION TEMPORO-MAXILLAIRE

L'articulation temporo-maxillaire « suspend et attache la mandibule au bloc cranio-facial » (Sebileau).

Les surfaces articulaires.

Mandibulaire et temporale s'adaptent mutuellement par l'intermédiaire d'un ménisque.

1° Le *condyle du maxillaire*, rattaché à la branche montante par un segment fragile et rétréci, le col, est allongé transversalement, déjeté en dedans, situé tout entier en dedans du plan de la branche montante. Son grand axe est oblique en arrière et dedans. Une crête mousse sépare le versant antérieur, convexe, qui regarde en avant et en haut, du versant postérieur, presque vertical. Le cartilage recouvre la totalité du versant antérieur, la crête mousse, mais seulement la partie la plus élevée du versant postérieur.

2° *Du côté temporal*, on distingue : en avant, le *condyle temporal*, ou racine transverse du zygoma, situé en dedans du tubercule zygomatique antérieur. C'est une saillie convexe d'avant en arrière, d'axe légèrement oblique en arrière et en dedans, et dont le versant postérieur est seul recouvert de cartilage ;

En arrière de ce condyle, la *glène*, large, concave, ovalaire, de grand axe transversal, et que la scissure de Glaser divise en deux segments. Le segment pré-glasérien est seul enrobé de cartilage.

Dans l'ensemble, la surface articulaire temporale regarde en arrière et en bas.

3° Le *ménisque*, biconcave, ovalaire de grande extrémité interne et de grand axe transversal, est deux fois plus épais en arrière qu'en avant où son épaisseur ne dépasse pas 2 millimètres. Sa consistance varie avec l'âge, ferme chez l'adulte, friable chez le vieillard. Son centre est parfois perforé.

Sa face inférieure, mandibulaire, est concave dans tous les sens. Sa face supérieure, temporale, est un peu convexe de dedans en dehors, mais concave d'avant en arrière. Ses deux extrémités latérales, un peu infléchies vers le bas, sont rattachées à celles du condyle par de minces trousseaux fibreux.

La *capsule* constitue un manchon fibreux mince et lâche.

1° *Insertions.* — Les insertions temporales se font sur le pourtour même du cartilage :

— Bord antérieur du condyle, en avant ;

— Lèvre antérieure de la scissure de Glaser, en arrière ;

— Base de l'épine du sphénoïde, en dedans ;

— Tubercule zygomatique antérieur et racine longitudinale du zygoma, en dehors.

Les insertions mandibulaires de la capsule se font aussi sur le pourtour du cartilage, sauf en arrière, où la ligne d'insertion descend d'un demi-centimètre plus bas.

2° *Structure.* — Cette capsule présente des fibres superficielles, temporo-maxillaires directes et des fibres profondes temporo-méniscales et maxillo-méniscales. Ces fibres profondes, les plus résistantes, vont s'insérer sur tout le pourtour du ménisque. Le ménisque ne perd pas ses connexions avec la capsule, même dans les luxations ;

3° *Synoviales.* — Il en résulte deux cavités articulaires absolument indépendantes l'une de l'autre, et dont chacune possède sa propre synoviale.

Les Ligaments. Nous distinguerons :

— Les freins méniscaux,

— Les ligaments latéraux capsulaires,

— Les ligaments extra-capsulaires.

a) *Les freins méniscaux.*

Le frein méniscal antérieur est constitué de fibres provenant du ptérygoïdien externe et venant s'attacher au bord antérieur du ménisque.

Le frein méniscal postérieur ou ligament de Sappey, beaucoup plus solide, se compose de fibres glaséro-méniscales.

b) *Les ligaments latéraux capsulaires.*

Le ligament latéral externe est court, épais, triangulaire de base supérieure. Il présente deux faisceaux :

— Un faisceau antérieur, largement étalé au bord inférieur de l'arcade zygomatique à la base du col du condyle ;

— Un faisceau postérieur, étroit, presque vertical, puissant, joignant le tubercule zygomatique à la partie postéro-externe du col, c'est la *corde zygomato-maxillaire.*

Le ligament latéral interne n'est représenté que par les grêles trousseaux capsulaires de Ferrein. Comme l'a fait observer Tillaux, le vrai ligament latéral interne est représenté par le ligament latéral externe de l'articulation du côté opposé.

c) *Les ligaments extra-capsulaires.*

Cette carence de ligament latéral interne se trouve, toutefois, largement compensée par la présence de trois très importantes formations fibreuses extra-capsulaires, toutes trois situées en dedans de l'articulation :

1° Le *ligament stylo-maxillaire* qui joint la styloïde au bord postérieur de la branche montante, dans la région de l'angle ;

2° Le *ligament sphéno-maxillaire*, qui joint l'épine du sphénoïde à l'épine de Spix et qui constitue le bord postérieur, fortement épaissi, de l'aponévrose inter-ptérygoïdienne ;

3° Le *ligament ptérygo-maxillaire*, enfin, tendu entre le crochet ptérygoïdien externe et la face interne de la mandibule, en avant de l'épine de Spix.

Les rapports de l'articulation.

a) *En haut*, l'articulation est en rapport avec l'étage moyen de la base du crâne, sans interposition de parties molles pouvant servir de coussin amortisseur. On conçoit le danger d'ébranlement et de commotion que comportent certains chocs portant sur la mandibule ;

b) *En arrière*, l'articulation répond au conduit auditif, cartilagineux et osseux. Dans le conduit cartilagineux, le cinquième doigt introduit peut sentir le relief du condyle du maxillaire, facile à identifier lorsqu'on fait ouvrir et fermer alternativement la bouche. Plus pofondément, la paroi antérieure du conduit osseux est mince, fragile, un violent ébranlement d'avant en arrière du condyle peut la fracturer. Il existe un espace décollable entre la capsule et le conduit osseux, c'est le plan de clivage inter-capsulo-tympanal, repère essentiel dans les résections du cadre tympanal ;

c) *En avant*, l'articulation domine l'échancrure sigmoïde qui livre passage aux vaisseaux et nerfs massétérins. La masse de la tubérosité du maxillaire supérieur empêche toute exploration de l'article par la bouche ;

d) *En dedans*, l'articulation domine la boutonnière rétro-condylienne de Juvara, qui livre passage aux vaisseaux maxillaires internes et au nerf auriculo-temporal ;

e) *En dehors*, l'articulation est souvent séparée des téguments par un prolongement supérieur de la parotide. Le rapport essentiel à ce niveau est le *nerf facial*, qui émerge de la dépression maxillo-mastoïdienne juste en avant et en dessous du conduit auditif et dont la *branche supérieure*, celle qui assure la fermeture de l'œil, se porte en haut et en avant. Il faut se souvenir que ce nerf croise successivement :

— Le col, à un travers de doigt, au-dessous du zygoma ;

— Le zygoma, à 2 cm. en avant de la base du tragus.

De ces rapports, il faut tirer les conclusions suivantes :

a) *Au point de vue radiologique*, l'articulation temporo-maxillaire est très difficile à explorer. Seules les incidences défilées permettent d'éliminer les projections de la mastoïde, de la colonne cervicale, ainsi que de la branche montante du côté opposé ;

b) *Au point de vue chirurgical*, cette articulation est assez superficielle, mais d'un abord assez malaisé.

1° En surface, il faut absolument éviter de blesser la branche supérieure du VII. Pour ce faire, on ne dispose que d'un espace restreint, schématiquement, c'est un triangle limité

— En haut, par la racine des cheveux,

— En arrière, par l'insertion antérieure du pavillon,

— En bas et en avant, par le VII, formant hypoténuse.

Quelle que soit l'incision adoptée, il faut aller jusqu'au squelette, il faut ruginer et récliner vers le bas le pôle supérieur de la parotide et le VII.

2° En profondeur, l'accès de l'articulation est défendu par un riche plexus veineux, veines extra-condyliennes en dehors, veines du plexus ptérygoïdien en dedans. Il faut parfois même couper et lier une sinuosité de l'artère temporale superficielle venant s'appliquer juste à la face externe de la capsule.

3° Plus profondément encore, il faut se méfier des rapports souvent étroits du col du condyle, à sa face profonde, avec l'artère maxillaire interne.

Etude physiologique

Aucune articulation, dans l'organisme, ne possède plus de mouvements divers : flexion-extension, propulsion, rétropulsion, latéralité, circumduction. Cette mobilité résulte de l'adaptation humaine au régime omnivore. Les mouvements de flexion-extension, qui conditionnent l'ouverture et l'occlusion buccales, ainsi que la mastication, sont évidemment les plus importants.

Nous avons vu que les articulations temporo-méniscale et maxillo-méniscale présentent une indépendance anatomique réciproque indéniable. Cette indépendance se retrouve sur le plan physiologique : il peut y avoir des mouvements isolés de chacune d'elles, comme il peut y avoir des mouvements associés.

Le ménisque, avons-nous vu, reste solidaire du condyle maxillaire qu'il coiffe comme un casque. Comme il est fixé par ses extrémités latérales, il ne peut se déplacer par rapport au condyle que d'avant en arrière « comme un casque qui serait fixé au

niveau des oreilles ». Bouche fermée, le ménisque se trouve en position frontale. Bouche ouverte, il se place en position occipitale.

D'autre part, il faut insister sur la synergie parfaite entre les deux temporo-maxillaires. Il ne peut y avoir mouvement de l'une sans mouvement de l'articulation opposée, mouvement de même sens ou de sens contraire.

La synergie n'existe pas seulement entre les deux articulations, mais encore entre elles et le fonctionnement de l'articulé dentaire. Toute perturbation de cet articulé retentit fatalement sur chacune des deux articulations.

Le mécanisme intime des mouvements est assez complexe.

a) *Mouvement de flexion-extension.*

Ce mouvement se décompose en deux temps très inégaux :

1[er] *temps* : mouvement de *trochlée* exécuté par le condyle maxillaire. Ce mouvement initial

— est lié à la construction des muscles abaisseurs de la mandibule, notamment des digastriques ;

— intéresse exclusivement l'articulation inférieure, les rapports du ménisque et du temporal restant les mêmes que dans l'occlusion ;

— est très limité par la tension du ligament latéral externe ;

— n'aboutit d'ailleurs qu'à un écartement de quelques millimètres, un centimètre au plus, entre les incisives.

2° *temps* : mouvement de *pendule* exécuté par la branche montante toute entière, l'axe du mouvement passant à peu près par les épines du Spix.

L'arc mandibulaire s'abaisse. L'angle se porte en haut et en arrière, tandis que le condyle est attiré en bas et en avant. Coiffé du ménisque, il se sert du versant postérieur du condyle temporal comme guide et atteint le sommet de ce dernier.

Ce mouvement est dû à l'action conjuguée de ptérygoïdiens externes, en haut et en avant, protracteurs des masseters et ptérygoïdiens, élévateurs de l'angle, en bas et des digastriques abaisseurs, en avant.

Il est limité à la fois par la traction du frein méniscal postérieur et par la tension de la capsule. Le condyle maxillaire, dans l'ouverture complète, vient en quelque sorte se coincer dans l'angle formé par l'insertion de la capsule sur le bord antérieur du ménisque.

Il intéresse à la fois les deux articulations ; toutefois, son dernier tiers se passe exclusivement dans l'articulation supérieure.

Le mouvement de fermeture de la bouche obéit exactement à un mécanisme articulaire inverse. Mais il est imprimé surtout par l'action du muscle temporal.

b) *Mouvement de latéralité.*

De faible amplitude, le mouvement de latéralité est lié à la contraction unilatérale d'un ptérygoïdien externe. Il intéresse exclusivement l'articulation temporo-méniscale.

c) *Mouvement de propulsion.*

D'amplitude encore plus réduite, la propulsion est liée à l'action conjuguée des deux ptérygoïdiens externes. Ici encore, tout se passe dans l'articulation temporo-méniscale.

d) *Mouvements de rétro-pulsion.*

La rétro-pulsion, très limitée, est due à l'action des digastriques et des fibres horizontales du temporal. Bien entendu, c'est aussi dans l'articulation supérieure qu'elle se fait.

e) *Mouvements de circumduction.*

La circumduction n'est qu'une combinaison de tous les mouvements décrits précédemment.

Pierre-Louis KLOTZ.

CHRONIQUE

Le plan Bevan d'étatisation de la médecine en Angleterre

Les menaces d'étatisation de la médecine soulèvent la même vague de protestation dans tous les pays où les médecins ont gardé le goût de la liberté et le respect de leur profession. Même les non médecins semblent y prendre intérêt, à en juger par la place que réserve à cette question le *Daily Mail* du 30 mars dernier.

Le plan Bevan, dont il s'agit pour la Grande-Bretagne, *n'est encore qu'un plan.* Il n'entrerait en application qu'à partir de 1948, si une loi le sanctionne. Il est donc prématuré d'affirmer, comme il a été fait, les heureux effets d'une organisation qui n'a pas fait ses preuves.

Une réunion de 1.000 médecins s'est tenue récemment à l'hôtel de ville de Wimbledon ; elle fut des plus animées. Avec la haute autorité que lui confère sa situation, le Dr Charles Hill, secrétaire de la *British Medical Association*, groupement de tous les médecins britanniques, a vigoureusement critiqué le projet Bevan ; les contradicteurs ont été réduits au silence par les protestations et parfois les rires de l'auditoire. Dans le même numéro du *Daily Mail*, le Dr Hill résume ses arguments ; tout aussi bien que ses auditeurs britanniques, les médecins français peuvent y souscrire ; le dévouement des médecins, leur sens du devoir et leur prévoyance judicieuse sont les mêmes d'une rive à l'autre du détroit.

« Ce plan ne donnera rien. » — « Il n'est de vraiment gratuit que l'air qu'on respire » dit le Dr Hill. Les soins, prétendus gratuits, se factureront réellement et de façon dissimulée en impôts, plus lourds. Que tous puissent recevoir partout les soins nécessaires, les médecins le réclament depuis des années ; les politiciens ont fait la sourde oreille jusqu'à ce qu'ils aient jugé profitable d'emboucher la trompette. Le médecin va devenir partiellement d'abord, puis très vite entièrement un fonctionnaire. Il ne pourra ni s'installer, ni succéder, ni même changer de lieu d'exercice sans autorisation officielle. Le malade n'aura plus « son » médecin, il aura celui du gouvernement, astreint à l'obéissance, asservi dans ses prescriptions, craintif des responsabilités. Avec le libre choix disparaît la qualité de la médecine. Pour un salaire égal, l'Etat exigera du médecin, un travail égal, selon des règlements insensibles à toute humanité. La « queue » organisée dans la salle d'attente, augmentera le méfait des promiscuités, mais avec le libre choix et la faculté pour chacun, d'honorer directement « son » médecin, les bienfaits de l'action et de l'influence personnelle s'en seront allés. De belles et modernes installations ne créent pas de bon médecin ; elles vont favoriser le nivellement par le bas.

S'il faut donner au médecin de meilleurs moyens et de meilleurs aides, il faut de toute nécessité sauvegarder l'action personnelle bienfaisante qu'implique le secret professionnel.

Les pouvoirs que le « Plan » donnerait au ministre, en feraient un dictateur puissant entre tous, suivant le meilleur esprit totalitaire.

La protestation des confrères anglais, dont nous venons de donner un rapide aperçu, montre que, des deux côtés du détroit, les médecins sont d'accord pour revendiquer les libertés qui, partout et toujours, sont des fondements de la seule médecine saine et efficace.

R. L.

INTERETS PROFESSIONNELS

Communiqué de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine

La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, réunie en Assemblée générale le mercredi 27 mars 1946, a élu les membres de son Conseil d'administration dont la composition est la suivante :

Drs Aime, Auber, Bezançon, Biard, Boelle, Bonnet-Roy, Boudin, Bouteau, Bretonville, Bzwoski, Cabessa, Charry, Cornetet, Croquefer, Debray, Deve, Doreau, Drouet, Dupas, Fougerat, Gauthier, Gerson, Izard, Jodin, Lafay, Lecœur, Lion, Mahoudeau, Martel, Meuvret, Montagne, Nouviale, Pierrot, Pinel, Poumailloux, Quivy, Rameaux, Robert, Rouèche, Séjournet, Spindler, Thuilant, Vaslin.

Le Conseil d'administration de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine s'est réuni, le jeudi 28 mars 1946, et a élu son bureau, dont la composition est la suivante :

Président, Dr Rouèche ; vice-présidents, Drs Drouet, Dupas, Lafay, Pinel ; secrétaire général, Dr Charry ; secrétaires adjoints, Drs Jodin, Lion, Robert, Vaslin ; trésorier, Dr Poumailloux ; trésorier adjoint, Dr Bouteau ; secrétaire de séance, Dr Vaslin.

Hygiène publique

Un arrêt dans la lutte contre l'alcoolisme

« Lutter contre l'alcoolisme, dans un pays qui a le triste privilège de compter sur son territoire plus de 500.000 débits et la plus forte proportion d'alcooliques, est une nécessité urgente. L'un des éléments essentiels de cette lutte doit consister à réduire le nombre des débits de boissons. »

Ainsi s'exprimait le législateur dans l'exposé des motifs qui précédait la publication de l'ordonnance du 20 octobre 1945 sur la limitation des débits de boissons.

Tout le bien qu'on attendait de la limitation vient d'être annulé par la loi du 30 mars 1946 qui abroge les articles 1 à 11, 14 et 15 de l'ordonnance du 20 octobre 1945.

Les articles abrogés sont précisément ceux qui limitaient les débits. Les articles conservés, nos 12 et 13 prévoyaient des mesures de faveur pour les établissements réquisitionnés, sinistrés ou fermés par les autorités allemandes.

En résumé, l'effort qui avait été fait pour lutter contre l'alcoolisme est purement et simplement annulé, les bistrots continuent à se multiplier et à prospérer pour le plus grand dommage de la santé publique.

On aurait été surpris si une telle situation n'avait pas alarmé les milieux médicaux. En même temps que la Société Médicale des Hôpitaux, l'Académie de Médecine, par un vote unanime, vient de signaler le danger à l'Assemblée constituante. Mais à quoi servent les avertissements ?

Une protestation du Conseil supérieur des médecins

A Monsieur le Ministre
de la Santé publique,

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur de vous adresser le vœu ci-dessous :

« Le Conseil supérieur des médecins, certain d'exprimer l'opinion unanime du Corps médical français, proteste hautement contre la suppression de la limitation des débits de boisson et contre l'abrogation de l'ordonnance du 20 octobre 1945.

Soucieux, avant tout, de l'intérêt de la santé publique, il demande à nouveau à M. le Ministre de la Santé publique et de la Population de s'employer à faire remettre en vigueur, sans délai, les dispositions législatives antérieures. »

Veuillez croire, Monsieur le Ministre, à mes sentiments de haute considération. »

Dr Coutela.

INFORMATIONS
(Fin)

Distinctions honorifiques

Ordre de la Santé publique

Sont nommés à titre posthume :

Au grade de Commandeur : M. Camille Blaisot, ancien ministre de la Santé publique, déporté en Allemagne, mort pour la France ; M. Henri Sellier, ancien ministre de la Santé publique ; M. Adrien Tixier, ancien ministre de l'Intérieur.

Chevalier : MM. les Drs Beaumont (Somme), Brenugat et Mlle Brenugat (Brest), Durand (Dreux), Gay, Houillier, Kergroen, Kerjean, La Folie (Brest), Le Coq (Plumelec), Le Hur (Brest).

Sont promus et nommés dans l'ordre de la Santé publique :

Commandeur : MM. les Drs Aradie (Oran), Bertin (Lille), Debré (Paris), Laffont (Alger), M. Maurice Levêque, directeur général de l'A. P. Paris, MM. les Drs Lévy Bing (Paris), Nicolas (Lyon), Pasteur Valiery-Radot (Paris), Vielledent (Lille).

Officier : MM. les Drs Adrian (Rouen), le médecin général inspecteur Arène, Cayet (Strasbourg), Duboucher (Alger), Filachet (Amiens), Funck (Clichy), Gouin de Roumilly (Evreux), Grandchamp (Paris), M. Joliot-Curie, Justin-Besançon, Lesage, Lesné, Didon, Robert Monod, Olien (Paris), Pautrier (Strasbourg), Raynaud (Alger), Zillhardt (Colmar).

Chevalier : MM les Drs Abely (Paris), Andrieu (Pau), Ajaleu (Paris), Baude (Douai), Henri Bénard (Paris), Berger (Angers), Bertheau (Hauteville), méd. comm. Bertrand (Paris), Bessière (Paris), Billet (Bayon), Boda (Cambrai), Bolde Paris), Boisseau (Nice), Bonnet (Ville-d'Avray), Borrione (Aisne), Bosche (Brive), Bouchez Amiens), Boulange (Longwy), Boulangier, Boyer (Paris), Breteau (Paris), Bretegnier (Paris), Brocq (Paris), Buot (Caen), Buttiaux

(Lille), Caillard (Cuers-Pierrefeu), Caraven Amiens), méd. gén. Castex (Bordeaux), Cattoir (Constantine), méd. lieut.-col. Cavalde (Paris), méd. lieut.-col. Chanzy (Paris), Chenier (Beauvais), Combemale (Lille), Coronat (Gap), Coulon (Paris), méd. comm. Cournand.

Mlle Dard, méd. lieut.; MM. Daumezon (Fleury-les-Aubrais), Deherripon (Lille), Delatour (Paris), Delaville (Saint-Maurice), Delecourt (Paris), Detherm (Paris), Delille (Epinal), Demay (Neuilly-sur-Marne), méd. cap. Deramaix, Desclaux (Paris), Dessirier (Amiens), Dezoteux (Abbeville), Ed. Doumer (Lille), Durin (Saverdun), Mlle Ernwein Mulhouse), MM. Escande (Auxerre), Fafet (Amiens), Foucaud (Blois), Francfort (Nancy), Gaignard (Chalonne-sur-Loire), Gibory Villers-en-Ouche), méd. cap. Gonnet, méd. comm. Govyrand, Guérin (Amiens), méd. comm. Guiard, Guirand (Paris), méd. général Guirrico, Hérissey (Paris), Huriez (Lille), méd. lieut. Jacquet, Janot (Paris).

Kopp (Thann).

Mme Lacambre (Nantes), Lavoine (Grenoble), Le Bourdellès (Lille), Le Guilland (Paris), Lemarchand (Sillé-le-Guillaume), méd. cap. Lenck, Lesaffre (Arras), Mme Le Tessier, bureau du service de santé de l'A. P.; Mlle le professeur Jeanne Lévy (Paris), Lévy (Orléans), Lonjumeau (Paris), Mâle (Paris), Jean Marchand (Paris), Marill (Alger), Méehin (Constantine), Mestre (Saint-Germain-en-Laye), Meurisse (Cambrai), Midon (Nancy), Milhez (Paris), Monnier (Douai), Montus (Marseille), méd. comm. Moutier. Nespoulos (Paris), Neveu (Paris).

Oliviero (Noyal-Pontivy), méd. comm. Pan, Péraud (Paris), Perin (Paris), Perles (Paris), méd. s.-lieut. Perus. Phelebon (Montrichard), méd. cap. Pierre, Poitrot (zone française d'occupation), Prunet (Bourges), Puech (Paris), Raffray (Nantes), méd. lieut.-col. Rey, Reynders (Nomeny), Ricordi (Sospel), le R. P. Riquet, Robin (Lyon), Rollet (Paris), Rougier (Cahors), Rouile (Crayesur-Mer), Sabotier (Nancy), Schlumberger (Mulhouse), Stewart (Rouen), méd. lieut. Tansalet, Teisseire (Paris), Teillier (Nomeny), Testard (Le Havre), Thiebaut (Paris), Thomas (Hennebont), méd. lieut.-col. Tisné, Vannereau (Paris), Vasselle (Amiens), Vaucher (Strasbourg), Vergnet (Thann), Vernhet (Méjanes), Voinot (Châteauroux), méd. com. Wicart, Zivre (Pompey), Vendeuvre (Zuydcoote).

Médaille de la Reconnaissance française

Vermeil : Mme Hautval, docteur en médecine, à Montbéliard.

Bronze : Dr Battove, à Vié-de-Bigorre.

Médaille des Epidemies

Bronze : Méd. comm. Calmet, pharm. comm. Moreau, méd. cap. Rouyer, méd lieut. Wahl.

Médaille des évadés entraînant le droit au port de la Croix de guerre. — A l'ordre de la brigade : médecin aspirant Bapst (Pierre), F.F.L. du Levant ; médecin capitaine Fagalde (Georges), Afrique équatoriale ; médecin colonel Lieurade. Forces expéditionnaires d'Extrême-Orient ; médecin capitaine Lyon, Forces terrestres de Grande-Bretagne.

Médaille des Evadés avec attribution d'une lettre de félicitations Méd. cap. Pierre Chautemps ; méd. lieut. Meyer, Philip, Pollacco, Vidal-Naquet, Pierre Broch, méd. aux. Ciampi, Deniker, méd. s. lieut. Kern, Roseneweig.

La rémunération du personnel des cliniques, cours et travaux d'anatomie. — Deux arrêtés fixent la nouvelle rémunération du personnel des cliniques, cours, conférences, travaux d'anatomie. Cette rémunération est fixée pour chaque catégorie par le ministre dans la limite des crédits spécialement ouverts à cet effet à partir d'un minimum de 3.200 francs par an pour les universités de province et pour celle de Paris. Le maximum de la catégorie la plus favorisée ne pourra excéder 30.000 francs pour les universités de province et 32.000 francs pour l'université de Paris.

Ces arrêtés publiés au J. O. du 30 mars 1946 prendront effet du 1er octobre 1945.

Armées

Promotions en temps de guerre des étudiants en médecine, en pharmacie et en art dentaire. — L'arrêté du 2 janvier 1945 et les arrêtés du 21 mars 1945 cessent d'avoir effet à dater du 1er juillet 1945, date à partir de laquelle il n'a plus été prononcé normalement de rappels à l'activité. (J. O. 3 avril 1946.)

Intérieur

Exercice de la pharmacie. — Un décret en date du 25 mars rend applicable à l'Algérie la loi du 11 septembre 1941, validée et modifiée par l'ordonnance du 23 mai 1945, relative à l'exercice de la pharmacie.

Travail

Hygiène industrielle. — Un arrêté en date du 25 mars réorganise la commission d'hygiène industrielle. Cette commission comprend : 1° dix représentants des administrations publiques intéressées ; 2° huit médecins ; 3° huit personnes spécialement qualifiées en matière d'hygiène industrielle ; 4° huit représentants des employeurs et huit représentants des travailleurs.

Les membres de la commission sont désignés par le ministre.

Stage pratique de médecine sportive

Un stage pratique de médecine sportive réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants de 5e année est organisé au Centre régional d'Education physique et des Sports de Dinard (Ille-et-Vilaine) du 20 juillet au 15 août 1946 sur l'initiative du Laboratoire d'Hygiène sportive de la Faculté de médecine de Paris, avec le patronage de la direction des Ecoles et des Centres de la Direction générale E. P. S. au ministère de l'Education nationale.

Conditions d'admission. — Etre docteur en médecine ou titulaire de vingt inscriptions validées en vue du diplôme d'Etat. Etre titulaire du B. S. P. Faire une composition écrite sur un sujet élémentaire d'hygiène sportive traité au cours d'hygiène de 5e année.

Pour les candidats non titulaires du B. S. P., une session spéciale de cet examen est prévue avant le cours. (Les candidats inscrits seront convoqués individuellement.)

Les frais de voyage et de séjour au Centre sont supportés par la Direction générale E. P. S.

A l'issue du cours, et après examen probatoire, il sera délivré un brevet d'aptitude aux fonctions de médecin-contrôleur de l'E. P. S.

Renseignements et inscriptions au Laboratoire d'Hygiène sportive de la Faculté de médecine de Paris, à partir du 15 avril jusqu'au 15 juin, dernier délai.

Missions. — M. le professeur Leriche, qui est revenu récemment d'une mission de conférences au Portugal, va repartir pour la Belgique, les Pays-Bas et les pays scandinaves.

— M. le professeur Justin-Besançon est actuellement à Moscou avec plusieurs confrères français.

Journées médicales de Bruxelles

La prochaine session, la XXe, aura lieu du 22 au 26 juin. La conférence inaugurale sera faite par M. le professeur Henri Mondor le 22 juin au Palais des Académies.

La presse médicale allemande

A la suite d'une enquête à laquelle s'est livrée « Médecine et Hygiène », notre grand confrère de Genève, il ressort qu'un seul journal médical a recommencé à paraître en Allemagne occupée. C'est « Klinik und Praxis », éditée par Urban & Schwarzenberg », à Munich. En outre, la célèbre « Deutsche Medizinische Wochenschrift », qui paraissait autrefois chez Springer, à Berlin, vient de recevoir l'autorisation de reparaître chez George Thieme, à Wiesbaden.

D'autre part, on apprend que plusieurs autres publications médicales, notamment des revues spécialisées, sont à l'étude, surtout dans la zone américaine.

Prix Etienne Taesch

Ce prix est décerné annuellement à un docteur en médecine français ou à un étudiant en médecine français, de préférence ancien interne ou interne des hôpitaux, âgés l'un ou l'autre de moins de trente ans, ayant peu de ressources dont il paraît utile pour la science de favoriser les recherches scientifiques.

Les candidats au prix Etienne Taesch doivent faire acte de candidature **avant le 1er juin** de chaque année, par lettre adressée au secrétaire général de l'Association française d'Urologie.

Ils joindront à leur candidature la liste des travaux déjà publiés par eux et le texte original de ceux de ces travaux qu'ils jugent particulièrement dignes de retenir l'attention du jury.

Adresser les inscriptions avant le 1er juin

1946, à M. le Dr Michon, secrétaire général de l'Association française d'Urclogie, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e).

Nécrologie

— Le Dr Joseph A. Rivière, commandeur de la Légion d'honneur, décédé à Paris, en son domicile, 58, rue des Mathurins, à l'âge de 90 ans. Le Dr Rivière était originaire de l'île Maurice, comme Joseph Bédier et l'amiral Lacaze. Il était un des membres les plus actifs de l'U. M. F. I. A. (Union médicale latine).

— Le Dr Charbonnel, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

— Le Dr André Zerbib, engagé volontaire, médecin capitaine de réserve, décédé à la suite d'une maladie contractée aux armées.

— Le lieutenant Pierre Duchet-Suchaux, tombé glorieusement, à l'âge de 26 ans, en Indochine, le 15 février 1946. Il était le fils de notre collègue, le Dr Duchet-Suchaux (de Dinozé, Vosges), et de Mme Duchet-Suchaux, née Camille Krantz.

Cours

Clinique Propédeutique de Broussais
96, rue Didot, Paris (14e)

Trois journées consacrées aux acquisitions médicales récentes
17, 18 et 19 mai 1946

Le nombre d'inscriptions est strictement limité à 150 auditeurs.

Pour tous renseignements ou inscriptions, on est prié de s'adresser au Docteur Jean Hamburger, Médecin des Hôpitaux, 29, boulevard de Courcelles, Paris (8e).

Les droits d'inscription sont fixés à 500 francs. Les chèques ou mandats doivent être établis au nom de la « Clinique Médicale Propédeutique du Professeur Pasteur Vallery-Radot ».

Première Journée : 17 Mai

9 heures. — Introduction générale : La médecine d'aujourd'hui vue par un écrivain (Louis Aragon).

10 heures. — Acquisitions récentes en endocrinologie sexuelle : L'exploration fonctionnelle en endocrinologie sexuelle féminine (Dr Varangot).

11 heures. — Acquisitions récentes en thérapeutique endocrinienne : Œstrogènes de synthèse, cycles artificiels simplifiés ; usage des dérivés actifs par voie buccale. Implantation de comprimés d'hormones. Tentatives de traitement opothérapique de certains cancers (prostate, sein) (Professeur agr. de Gennes).

14 h. 30. — Acquisitions récentes en endocrinologie thyroïdienne. — Etudes physiologiques récentes. La crise d'hyperthyroïdie post-opératoire. Les nouvelles thérapeutiques de l'hyperthyroïdie (thio-urée, thio-uracile et amino-thiazol). Les épanchements du myxœdémateux. Données nouvelles sur le diagnostic du cancer thyroïdien et des kystes ligneux du corps thyroïde (Dr May).

15 h. 30. — Acquisitions récentes sur les avitaminoses (Pr Justin-Besançon).

16 h. 30. — Acquisitions récentes en pathologie digestive. — Le diagnostic précoce du cancer de l'estomac (Dr René Gutmann).

Deuxième Journée : 18 Mai

9 heures. — Acquisitions récentes en pathologie rénale : I. — La filtration réabsorption et les « Clearance » (Dr Hamburger).

10 heures. — II. — Les hypertensions par rétention d'eau (Dr Milliez).

10 h. 30. — III. — L'évolution récente dans la conception des néphrites (Dr Fauvert).

11 h. 30. — IV. — Le traitement chirurgical des lésions unilatérales des reins dans les néphrites et l'hypertension (Pr Cibert).

14 h. 30. — Acquisitions récentes en pathologie hépatique : I. — Les nouvelles méthodes d'exploration fonctionnelle du foie : dosage de la fibrine, de la prothrombine et du cholestérol dans le sang, épreuve de la bromosulfonaphtaléine. — II. — Les hépatites avec œdèmes (Pr agr. Cachera).

15 h. 30. — Acquisitions récentes sur les sulfamides : Exposé général chimique, pharmacologique et thérapeutique. Les sulfadiazines, la sulfaguanidine, autres sulfamides en cours d'étude (Pr Huriez).

16 h. 30. — La Pénicilline : I. — Etude théorique ; comparaison entre le mode d'action des sulfamides et celui de la pénicilline (Dr René Martin).

Troisième Journée : 19 Mai

9 heures. — La Pénicilline : II. — Applications pratiques (Pr Lemierre).

10 heures. — Acquisitions récentes en thérapeutique anti-syphilitique : Traitement d'attaque par les arsénones, par la pénicilline, par les composés bismuthiques (Dr Degos).

10 h. 30. — Acquisitions récentes dans le traitement des brulures. — Sulfamidothérapie et pénicillinothérapie ; rechloruration ; greffes épidermiques précoces (Dr Patel).

11 heures. — Acquisitions récentes dans la transfusion sanguine et la réanimation. — Problème d'ensemble. Facteur Rh. Sang conservé, plasma, plasma desséché, plasmas artificiels (Dr Tzanck).

14 h. 30. — Acquisitions récentes en thérapeutique anti-allergique : Les anti-histaminiques de synthèse (Dr Halpern et Dr Mauric).

15 h. 30. — Acquisitions récentes en électro-cardiographie (Pr agr. Soulié).

16 heures. — Les thérapeutiques de choc en psychiatrie (Pr agr. Jean Delay).

16 h. 30. — Conclusion : Vue d'ensemble (Pr Pasteur Vallery-Radot).

Faculté de Médecine de Bordeaux
Clinique Oto-Rhino-Laryngologique

Cours de perfectionnement du Professeur Portmann, avec la collaboration de M. le Professeur agrégé J. Despons, de MM. les Professeurs Beauvieux, Delmas-Marsalet, Dupérié, Fontan, Joulia, Papin, Réchou, de MM. les Professeurs agrégés Broustet, Magendie, Piéchaud, Pouyanne, et de MM. les Docteurs Berger, oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux, et Leduc, anesthésiste.

Le cours aura lieu du lundi 8 juillet au samedi 20 juillet 1946.

Essentiellement pratique, ce cours comprend l'exposé des questions de pathologie ou de thérapeutique à l'ordre du jour, l'examen fonctionnel complet de l'audition (audiométrie) et de l'appareil vestibulaire, des séances de médecine opératoire, de laboratoire, de broncho-œsophagoscopie, d'anesthésie locale. Les assistants reçoivent une description particulière de chaque intervention, la voient en projection ou en cinéma, l'exécutent eux-mêmes sur le cadavre, la suivent enfin, pendant l'exécution sur le vivant.

Les malades sont groupés par affection, de façon à pouvoir examiner la même maladie à des stades différents et en cours de traitement.

Le service comprend des salles d'adultes hommes et femmes et des salles d'enfants : la pathologie et la chirurgie spéciale infantile y sont développées avec un soin particulier.

Chaque assistant est initié individuellement aux diverses méthodes d'examen et de traitement et reçoit à la fin du cours un diplôme délivré par la Faculté.

S'inscrire au Secrétariat de la Faculté de Médecine, à Bordeaux. Droit d'inscription : 1.000 francs.

Cours de Service social antivénérien

Du 6 mai au 11 mai 1946, à l'Institut Alfred-Fournier, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e) et à la Clinique Baudelocque.

Programme. Première Leçon. — M. le Professeur Gougerot. — Lundi 6 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Danger des maladies vénériennes. Programme d'ensemble de la lutte antivénérienne. Ce que sont les syphilis primaire, secondaire et tertiaire.

2e Leçon. — M. le Professeur Gougerot. — Lundi 6 mai, à 10 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les méthodes de diagnostic de la syphilis (ultra-microscope, examen du sang, ponction lombaire).

3e Leçon. — M. le Dr Sicard de Plauzoles. — Mardi 7 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Contagion de la syphilis et de la blennorragie. Modes de contamination.

4e Leçon. — M. le Dr Sicard de Plauzoles. — Mardi 7 mai, à 10 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Organisation de la défense sociale contre la syphilis.

5e Leçon. — M. le Dr Pierre Durel. — Mercredi 8 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La blennorragie chez l'homme, la femme et l'enfant ; son im-

portance sociale. Moyens de diagnostic. Traitement. Prophylaxie.

6e Leçon. — M. le Dr Cavaillon. — Mercredi 8 mai, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Technique du service social. Devoirs de l'assistante sociale.

7e Leçon. — M. le Dr Robert Rabut. — Mercredi 8 mai, à 15 heures, à la Clinique Baudelocque (125, boulevard de Port-Royal) : Grossesse et syphilis. Fonctionnement d'un dispensaire de maternité. Rôle de l'assistante sociale.

8e Leçon. — M. le Dr Robert Rabut. — Jeudi 9 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : La lutte contre la prostitution. Œuvres de protection et de relèvement.

9e Leçon. — M. le Dr Sicard de Plauzoles. — Jeudi 9 mai, à 10 h. 15, à l'Institut Alfred-Fournier : Traitement de la syphilis.

10e Leçon. — M. le Dr Pierre Fernet. — Vendredi 10 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Les hérédosyphilitiques.

11e Leçon. — M. le Dr Sicard de Plauzoles — Vendredi 10 mai, à 10 h. 45, à l'Institut Alfred-Fournier : La famille syphilitique. Syphilis occulte. Syphilis larvée. Les enquêtes dans les familles.

12e Leçon. — M le Professeur Gougerot. Samedi 11 mai, à 9 heures, à l'Institut Alfred-Fournier : Propagande antivénérienne.

13e Leçon. — M. le Dr Sicard de Plauzoles — Samedi 11 mai, à 10 h. 30, à l'Institut Alfred-Fournier : Education et hygiène des vénériens. Garanties sanitaires du mariage. Examen prénuptial.

Visites du Musée de l'hôpital Saint-Louis

Deux visites auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis, le jeudi 9 mai, à 15 heures, et le samedi 11 mai, à 15 heures.

Le nombre des admissions étant limité, les personnes désireuses de suivre ce cours sont priées de se faire inscrire à la Ligue nationale française contre le péril vénérien, 25, boulevard Saint-Jacques, Paris (14e) le plus tôt possible.

Droit d'inscription : 50 francs. N° C. Chèques postaux 627.00.

LIVRES NOUVEAUX

Influence de l'asthme sur l'œuvre de Marcel Proust, par Georges Rivane. Préface d'Henri Mondor (de l'Académie française). Un vol. in-8° broché de 186 pages. La Nouvelle Edition, 213 bis, boulevard Saint-Germain, Paris (7e), 1945.

Lorsque Marcel Proust publia, en 1896, son premier recueil : « Les Plaisirs et les Jours », une vive amitié me liait déjà avec son frère cadet Robert Proust, alors interne des hôpitaux.

C'est par Robert qu'il me fut donné de connaître les premières œuvres de Marcel. Lorsque Robert parlait de son frère, il le faisait avec une tendresse et une admiration vraiment touchantes Aussi etait-ce avec un intérêt passionné que nous écoutions le cadet parler du talent de son grand frère. Il affectait, en constatant ses succès, un détachement qui dissimulait mal sa fierté de voir la place occupée par Marcel dans le monde des lettres et dans la haute société parisienne. Sur les originalités qu'on prêtait à Marcel, son frère glissait sans insister. Elles paraissaient dues à son très mauvais état de santé qu'il ne prenait pas la peine de cacher... Tous ces souvenirs ont été réveillés par la lecture du livre de M. Rivane. Ce sont des souvenirs bien lointains, mais des souvenirs très chers, car ils restent liés à la fidèle amitié que Robert Proust nous a témoignée pendant toute sa vie.

Il faut féliciter M. Rivane d'avoir admirablement « situé » le malade dont il nous apporte l'observation détaillée.

L'auteur insiste sur le grand changement qui se produisit en 1905 dans la manière d'écrire de Marcel Proust. « Année cruciale », écrit Henri Mondor dans sa préface. Proust venait de perdre sa mère qu'il aimait tendrement et qui avait eu sur lui une très grande et très heureuse influence. Moralement et physiquement, il avait été profondément touché par sa mort.

Dès 1905, il semble affectionner des phrases qui paraissent à ses contemporains démesurées de longueur. Peut-être ne les jugeons-nous plus ainsi, elles nous semblent parfaitement équilibrées. Ce n'est d'ailleurs pas au point de vue littéraire que se place M. Rivane. C'est au point de vue médical qu'il note ce changement. L'asthme dont souffrait depuis longtemps Marcel Proust atteint, en effet, au maximum.

L'auteur attribue à des phénomènes anaphylactiques l'inflation du « moi » et le développement de l'esthétisme qui caractérisent désormais l'œuvre de Proust. En même temps, entre ses crises, son caractère devient difficile, il montre une sensibilité exacerbée, une susceptibilité ombrageuse vis-à-vis de ses meilleurs amis.

Rien n'est plus vraisemblable que l'explication donnée par M. Rivane. Elle est étayée par de nombreux faits qui rendent fort attrayante et émouvante la lecture de ce livre. Enfin une précieuse bibliographie « proustienne » montre bien la place immense que Marcel Proust a tenue dans l'évolution littéraire au début de ce siècle.

C'est M. le Professeur Henri Mondor qui a écrit la préface du livre de M. Rivane. Nous lui devons une profonde analyse de la psychologie de Proust et nous comprenons mieux comment son temps de vie lui apparaissant mesuré, Proust a pu, littéralement, se mettre « à la recherche du temps perdu ». La lecture de cette préface sera particulièrement goûtée par ceux qui admirent le grand talent de M. Mondor, qui apprécient ses aperçus si originaux et la documentation parfaite avec laquelle il sait toujours éclairer ses lecteurs sans jamais les décevoir.

F. L. S.



RAPPELLENT LEURS PRODUITS

diététiques

★ **LA BLÉDINE**

Aliment de préparation au sevrage.
Farine complète et équilibrée.

★ **LA DIASE CÉRÉALE**

Bouillie maltosée fluide.
Assimilation totale.

★ **LE MALTOGIL**

Extrait de malt sec rigoureusement pur.
Puissant reconstituant.

LES LABORATOIRES DU
GALACTOGIL
à Villefranche (Rhône)

RAPPELLENT LEURS PRODUITS

pharmaceutiques

★ **LE GALACTOGIL**

Puissant galactogène.
A base d'extrait de galéga.

★ **LE PEPTOGIL**

Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques).

R-L Dupuy

EVONYL

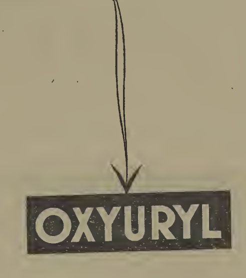
COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS

Composition
SYNERGIE VÉGÉTALE et OPOTHÉRAPIQUE

Indications
(Double action FOIE ET INTESTIN) Affections hépato-biliaires, Cholécystite, Ictère, Congestions hépatiques, Lithiases, Angiocholite, Constipation aiguë et chronique, Hypertension.

Posologie
2 dragées, tous les soirs, au repas.
Enfants : demi-dose.

LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE (RHÔNE)



VIOLET DE GENTIANE

Laboratoires A. MARIANI 10, rue de Chartres. NEUILLY - PARIS



"ANA"

SYNERGIE CALCO-MAGNÉSIENNE ACTIVÉE
ÉQUILIBRANT MINÉRAL, PLASMATIQUE ET NERVIN

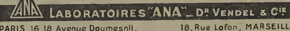
TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE ET DIATHÉSIQUE
DU TERRAIN SPASMOGÈNE

★

Spasmes des Voies Digestives
Respiratoires, Urinaires
Crises Anaphylactiques
Syndrômes Neuro-Psychiatriques
Crises Glaucomateuses

DÉMINÉRALISATION CALCIQUE
ALCALOSE – VAGOTONIE

INTRAMUSCULAIRES
INTRAVEINEUSES



PARIS, 16, 18, Avenue Doumesnil. 18, Rue Lafon, MARSEILLE

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

27 /

N° 9. — 1er MAI 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, **150 fr.** Etudiants, **75 fr.** ; Etranger, **225** et **270 fr.** *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Chirurgien des Hôpitaux de Paris. — 1er concours 1946 (une place). — Jury (tirage au sort). — MM. Leibovici, Gatellier, Mocquot, Charrier, Houdart, Thalheimer, Brechot, Petit-Dutaillis, Basset, Guimbellot (chirurgiens) ; M. Mouquin (médecin).

Concours. — Un concours spécial pour la nomination d'Assistants en médecine des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 15 mai 1946. Inscriptions du 16 avril au 3 mai inclusivement.

Un concours pour la nomination à une place de Gynécologue-accoucheur des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 19 juin 1946. Inscriptions du 20 mai au 3 juin inclusivement.

Un concours pour la nomination à deux places de Pharmacien des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 7 juin. Inscriptions du 2 mai au 13 mai inclusivement.

Un concours pour les prix à décerner aux internes en pharmacie des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 4 juillet 1946. Inscriptions du 3 juin au 12 juin 1946.

Maison de Saint-Lazare

Un concours pour l'admission à trois emplois d'interne titulaire en médecine et pour la désignation de six internes provisoires aura lieu prochainement à une date qui sera fixée ultérieurement.

Les internes nommés pour deux ans peuvent être désignés indifféremment pour la maison de Saint-Lazare, les services annexes de Nanterre, ou le dispensaire de salubrité.

Ils reçoivent une indemnité annuelle de 32.000 francs plus allocations familiales éventuelles, ainsi qu'une indemnité pour repas de trente francs. Logement dans la mesure des disponibilités. Conditions principales : être Français et âgé de moins de trente ans au 1er janvier 1946 ; 16 inscriptions.

Le concours comprend un écrit et un oral.

Ci-dessous les questions posées aux derniers concours.

Questions écrites et orales posées aux précédents concours d'Internat à la Maison de Saint-Lazare

Juin 1935

Ecrit : Configuration extérieure et rapports du canal cholédoque.
Examen clinique d'un tabétique.
Oral : Diagnostic des ulcérations de la fourchette.
Chancre mixte.

Mars 1938

Ecrit : Diagnostic des ulcérations de la langue.
Configuration extérieure et rapports de l'utérus.
Oral : Chancre de l'amygdale.

Juillet 1939

Ecrit : Artère fémorale
Erysipèle de la face.
Oral : Syphilis linguale.

Janvier 1942

Ecrit : Rapports du rectum chez la femme.
Crise gastrique du tabes.
Oral : Accidents consécutifs aux injections bismuthiques.

Mars 1943

Ecrit : Signes et diagnostic de la maladie de Basedow sans le traitement.
Signes, diagnostic et traitement de la gale.
Causes, signes, diagnostic et traitement des embolies pulmonaires.
Oral : Erythrodermie vésiculo-œdémateuse arséno-benzolique.

Mars 1944

Ecrit : Arthropathie tabétique.
Zona.
Rupture d'une grossesse tubaire.
Diagnostic et indications thérapeutiques.
Oral : Diagnostic des roséoles.

Concours de l'internat des hôpitaux de la région de Paris (concours supplémentaire). Questions sorties. — 1° Anatomie : Les muscles ptérygoïdiens (sans histologie ni physiologie) ; 2° Pathologie médicale : Signes et diagnostic du cancer de la tête du pancréas ; 3° Pathologie chirurgicale : Signes, diagnostic et traitement de la tumeur blanche du genou chez l'adulte à la période d'état.

Hôpitaux de Nancy

Concours d'internat. — 1° Concours de remplacement : a été nommé M. Bénichoux.

2° Concours supplémentaire : ont été nommés MM. Rémy, Lepoire, Beurey, Arnoux, Marchal, Lesure, Algan.

Faculté de Médecine de Paris

Leçon inaugurale de la chaire des problèmes alimentaires. — M. le Professeur Charles Richet fera sa leçon inaugurale le vendredi 3 mai 1946, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

Chaire de pathologie médicale. — M. Moreau, agrégé, est chargé jusqu'à la désignation d'un titulaire du service de la chaire de pathologie médicale.

Concours du Clinicat. — MM. les délégués dans les fonctions de chefs de clinique pour l'année scolaire 1945-1946 sont informés que le Conseil de la Faculté, dans sa séance du 11 avril dernier, considérant que les délégués sont nommés pour un an, à compter du 1er octobre et qu'en fait leur année ne prendra fin que le 30 septembre, en conséquence les concours les titularisant dans leurs fonctions n'auront lieu que dans la première quinzaine d'octobre.

Le Concours du prosectorat (trois places, dont une pour deux ans) s'ouvrira le 7 mai à la Faculté de Médecine de Paris.

Le Concours de l'adjuvat (six places) s'ouvrira le 8 mai. Exceptionnellement, les docteurs en médecine ont été autorisés à s'inscrire.

Thèses. — MM. les étudiants de 6e année sont informés qu'après avoir subi les trois examens de clinique et pris la 24e inscription sur justification du certificat de stage, de fonctions d'externe ou d'interne du deuxième semestre (1er mars-30 juin), pourront soutenir leur thèse à partir du 1er juillet 1946. La 24e inscription sera délivrée au secrétariat (guichet n° 3) à partir du 24 juin 1946.

Avis important. — I. A tous les étudiants. Aucun candidat ne sera admis à composer s'il n'est porteur :

1° De sa convocation pour les deux écrits normaux de 1re et de 2e année ;

2° De sa carte d'immatriculation avec photo d'identité assujettie et recouverte du timbre de la Faculté. Cette carte devra porter la signature de son titulaire.

II. Aux étudiants de 1re et 2e années.

1° Les étudiants admis en 1re année en mars dernier à la suite de la session spéciale de janvier du P. C. B. ne subiront les épreuves du premier examen qu'en juillet à une date qui sera précisée ultérieurement ;

2° La matière sur laquelle portera le deuxième écrit sera tirée au sort, pour la 1re année, le vendredi 17 mai, à la fin du cours de M. Polonovski, au Grand Amphithéâtre de la Faculté. Il sera alors indiqué par voie d'affiche les dates auxquelles aura lieu le deuxième écrit de la 1re année.

Pour la 2e année, le vendredi 7 juin, à la fin du cours de M. Dognon, à l'amphithéâtre de physique ;

3° La date des épreuves orales (pour les deux matières comportant normalement des écrits) et des interrogations écrites remplaçant les oraux (pour les trois matières non sorties au tirage au sort) seront indiquées ultérieurement en même temps que les résultats de l'admissibilité.

Pour les étudiants de 1re année, les épreuves orales et les interrogations écrites remplaçant les oraux commenceront vraisemblablement à partir du jeudi 13 juin.

Il est rappelé aux étudiants :

1° Qu'en application du décret du 20 janvier 1946 ne seront admis à subir les épreuves orales et les interrogations écrites (remplaçant les oraux) que les étudiants déclarés admissibles par le jury à la suite des deux épreuves écrites ;

2° Que les étudiants qui, pour quelque cause que ce soit, auront été absents à une ou plusieurs épreuves de la session de juin devront, à la session d'octobre, subir à nouveau toutes les épreuves de l'examen, à l'exception des épreuves écrites pour les étudiants de 1re et 2e années déjà déclarés admissibles à la session de juin.

1° Remplacement d'externe :

MM. les étudiants faisant fonction d'externe et désirant être autorisés à remplacer par ces fonctions certains stages de la Faculté, sont informés qu'ils doivent fournir au Secrétariat (guichet n° 5) la proposition du Directeur de l'A. P. (délivrée par le Bureau du Personnel médical) 3, avenue Victoria.

Cette proposition devra être déposée au secrétariat dans le plus bref délai après la prise des fonctions.

A la fin de ces fonctions, ils devront se faire délivrer un certificat par le Chef de service, contresigné par le Directeur de l'Hôpital.

Ces certificats seront exigés pour la prise des 3e et 4e inscriptions de l'année.

2° Internes ou faisant fonction d'interne :

MM. les étudiants internes titulaires ou suppléants des hôpitaux indépendants de l'A. P., des Hôpitaux de Seine-et-Oise, des sanatoria, etc..., doivent adresser à M. le Doyen une demande sur papier timbré à 8 francs, accompagnée d'un certificat du Directeur de l'Établissement, afin d'obtenir l'équivalence de leurs stages.

Pour la délivrance de la 3e et de la 4e inscription, ils devront fournir les certificats du chef de service contresigné par le Directeur de l'Hôpital ou légalisé par le commissaire de police ou le maire ;

3° Les étudiants de 1re année ne sont pas autorisés à remplir de fonctions en remplacement de leurs stages hospitaliers.

Facultés de province

Marseille. — M. Sautet, professeur sans chaire, est chargé, à compter du 1er janvier 1946 et jusqu'à la désignation d'un titulaire, du service de la chaire de parasitologie.

Montpellier. — M. Mourgues-Molines, agrégé, est chargé à compter du 1er janvier 1946 et jusqu'à la désignation du titulaire, du service de la chaire de pathologie et propédeutique chirurgicales.

— M. Roux, agrégé, est chargé à compter du 1er janvier et au plus tard jusqu'à la désignation du titulaire, du service de la chaire de technique chirurgicale et chirurgicale expérimentale (chaire créée).

— M. Loubatières, chef de travaux, est chargé à compter du 1er janvier 1946 et au plus tard jusqu'à la fin de l'année scolaire 1945-1946 des fonctions d'agrégé de physiologie (poste laissé vacant par M. Harant nommé professeur).

Toulouse. — M. Soula, professeur, est placé dans la position de détachement et mis à la disposition du Centre national de la Recherche scientifique pour une période d'un an à compter du 1er décembre 1945.

Ecole de Médecine de Rennes. — M. Trehin, professeur à la Faculté des Sciences, est chargé, à compter du 1er janvier 1946, du service de la chaire de physique (dernier titulaire : M. Menez, retraité).

REVUE GÉNÉRALE

LES TENTATIVES CHIRURGICALES DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINS DIABÈTES

par le Professeur E. Mériel (Toulouse)

Les résultats aléatoires de l'insulinothérapie dans les états diabétiques graves insulino-résistants devaient inciter les médecins à rechercher d'autres méthodes thérapeutiques. En effet, selon l'avis de Sendrail et Cahuzac « quelque progrès qu'implique la thérapeutique insulinienne, elle ne saurait constituer qu'une thérapeutique de substitution. Elle neutralise temporairement le trouble diabétique, elle le masque, elle ne le guérit pas. On se refuserait à abandonner indéfiniment les diabétiques à une simple médication palliative ».

Or, les succès, de jour en jour plus encourageants de la chirurgie neuro-endocrinienne ont, de ce fait, orienté les recherches vers des tentatives opératoires sur le sympathique et les glandes endocrines. Ces tentatives quelque temps confinées dans le laboratoire, où elles avaient vu le jour, en sont sorties depuis quelques années, et de leurs premières applications en clinique humaine est né un enthousiasme, peut-être un peu prématuré. Aussi nous a-t-il semblé trop précoce de parler déjà de « traitement chirurgical » du diabète ; nous ne parlerons que de *tentatives chirurgicales*. C'est pourquoi, après avoir mesuré le chemin parcouru, nous nous bornerons à exposer les opinions des premiers pionniers et à fixer, d'après les résultats, parvenus jusqu'à ce jour à notre connaissance, les données acquises sur la méthode opératoire convenant à chaque variété étiologique de diabète, pour arriver finalement à formuler quelques indications opératoires précises.

La biologie nous enseigne que le métabolisme glucidique normal est réglé dans l'économie par la collaboration équilibrée de deux systèmes neuro-endocriniens antagonistes : l'un à tendance hypoglycémiante (système vago-pancréatique et ses glandes annexes), l'autre à tendance hyperglycémiante (système surréno-splanchnique et ses glandes annexes).

Chacun de ces deux systèmes est donc ainsi composé de glandes endocrines et d'un appareil nerveux présidant à leur activité. La rupture de ce balancement, de cet équilibre, par insuffisance vago-pancréatique ou prédominance surréno-sympathique, produira le diabète. Le principe d'un traitement, dit chirurgical du diabète, apparaîtra alors simple, puisqu'il visera à rétablir cet équilibre détruit, soit en renforçant le système hypoglycémiant, soit en minimisant l'hyperglycémiant. Mais cette classification paraît à Servelle un peu schématique « et sent plus l'expérimentation que la clinique ». En pratique, tout est beaucoup plus complexe, et toute synthèse est encore prématurée. Ce qu'il faut, actuellement, dit-il, ce sont des faits cliniques bien analysés. Dans le diabète, on n'a vu que le syndrome déterminé par l'ablation d'un organe et les retentissements sur les autres glandes endocrines. Or il y a plus, dans cette maladie, « il y a plusieurs diabètes et le diabète que l'on détermine chez le chien ne ressemble en rien à ceux que nous observons chez l'homme ». En effet, comme le dit Leriche, c'est cliniquement, presque toujours par l'observation humaine, que se constitue difficilement, lentement, l'endocrinologie pathologique « avec toutes sortes de retards sur elle-même et de repentirs ».

Ces réserves exprimées par des autorités compétentes, examinons maintenant le principe de ces diverses tentatives opératoires. Il paraît possible de les classer de la façon suivante, d'après leur mode d'action.

1° *Action sur le pancréas*, glande hypoglycémiante principale. Bien que d'autres glandes participent aussi au système hypoglycémiant, les parathyroïdes (Zung et La Barre, Forest et Parturier, etc...), les glandes génitales (Carnot, Terris et Caroli, etc.), les glandes salivaires (de Renzi et Réale), nous ne les retiendrons pas ici, car leur rôle est très discuté et, de toutes façons, très effacé en regard du rôle de premier plan tenu par le système vago-pancréatique (Bréhant). Le pancréas est donc bien pratiquement la véritable glande hypo-glycémiante, nous y reviendrons plus loin ;

2° *Action sur le système hyperglycémiant*, constitué par les glandes surrénales, dont la partie médullaire sécrète l'adrénaline, hormone glyco-régulatrice, sous l'action des nerfs splanchniques. Mais ici encore interviennent d'autres glandes renforçant l'action des médullo-surrénales, telles l'hypophyse (Houssay), la thyroïde (Bodansky), la cortico-surrénale (Bretton et Silvette).

A. *Action sur le système hypo-glycémiant* (sur le pancréas ou son innervation). Les expériences anciennes de Schueltze en 1900, de Pende en 1905 et de Laguesse ayant montré que, en supprimant la sécrétion externe du pancréas par la ligature des canaux afférents, les îlots de Langerhans augmentaient en nombre et en volume, Mansfeld en 1924, divisa en deux le pancréas d'un chien par ligature en masse, respectant les vaisseaux. Si la moitié isolée perd ainsi sa sécrétion externe, elle garde par sa vascularisation, sa fonction endocrine. Sa sécrétion continue, même de façon accélérée, la vitalité de ses éléments anatomiques étant accrue, comme en témoignent les examens histologiques de Sendrail et Cahuzac (1). Or, à la suite de son expérience, Mansfeld constata une augmentation manifeste de la tolérance aux hydrates de carbone et une chute de la glycémie. Cette « hypoglycémie de carence » serait due, selon lui, à la surproduction d'insuline agissant comme de l'hormone à jeun, d'où abaissement de la glycémie. S'inspirant de ces faits, Takats tenta le premier, chez l'homme, cette ligature partielle du pancréas. Il obtint ainsi, chez son malade, un enfant de 13 ans, un résultat heureux, qui se maintint trois ans après. Moins heureux chez son second malade, où il n'obtint qu'une amélioration passagère, Takats ne renouvelle pas sa tentative. Elle ne trouva pas pour autant de meilleurs résultats entre les mains de Pieri (1932) et de Huetl (1936), qui furent inférieurs aux résultats expérimentaux. L'opération de Mansfeld qui, en elle-même, n'échappait pas aux critiques judicieuses de Saric et de Cahuzac, fut donc abandonnée.

On chercha alors à augmenter la production d'insuline par greffe du pancréas. Mais ce greffon eut une survie trop limitée et, d'autre part, la greffe de pancréas insularisé par ligature préalable des canaux pour le rendre apte à renforcer la fonction endocrine du pancréas récepteur, aboutit finalement à des échecs. D'ailleurs l'application de ces greffons à l'homme serait rendue impossible par la survie d'un transplant hétérogène.

Ce n'est donc pas dans cette direction qu'on devait poursuivre les recherches, mais plutôt en agissant sur le sympathique des artères pancréatiques. Le pneumogastrique étant insulino-secrétant et le sympathique insulino-inhibiteur, on se trouva conduit à penser qu'en réséquant les filets sympathiques destinés au pancréas, on inhiberait leur action et faciliterait, par contre, une activation directe de la fonction secrétoire. A cette action viendrait s'ajouter la vaso-dilatation et l'hyperhémie consécutive produite par la sympathectomie. Aussi, dès 1900, Lépine et Barral en France, Lustig, Kaufmann et Zamboni à l'étranger, recherchent-ils cette action par la destruction du plexus solaire et ils sont suivis, en 1929, par Houssay, Lewis, Fontaine et Hermann qui pratiquent la sympathectomie de l'artère pancréatico-duodénale supérieure.

Mais il est légitime de reconnaître que c'est surtout l'école toulousaine, avec Sendrail et Cahuzac et leurs assistants qui, dès 1937, a apporté à cette question une contribution personnelle et importante. Rappelons que ce fut « un geste de hasard (2), fait au cours d'une gastro-entérostomie chez un diabétique qui apporta un fait clinique, riche par la suite de suggestions. Chez ce sexagénaire, grand diabétique acidosique, des accidents de sténose pylorique par périviscérite contraignirent le Dr Lassalle à proposer une gastro-entérostomie. Celle-ci, partiquée par le Dr Bertrand, avait été rendue très laborieuse, par l'obligation de dilacérer de multiples et solides adhérences. « Or, au cours des semaines qui suivirent, on eut la surprise de voir s'améliorer le trouble hydro-carboné, au point que l'insulinothérapie put être très rapidement suspendue, car, en dépit d'un régime riche en glucides, on ne constatait ni glycosurie ni hyperglycémie, et que l'épreuve de tolérance au glucose fournissait une réponse sensi-

(1) Thèse de Cahuzac, Toulouse, 1937.

(2) Heureux hasard, peut-on dire, puisqu'il ouvrait une voie nouvelle de traitement. P. Bertrand, Influence favorable d'une gastro-entérostomie sur un cas de diabète grave (*Acad. de chir.* 1936).

blement normale. Cet équilibre « s'est maintenu pendant un an et demi ». (Sendrail, Cahuzac et Garipuy (1).

La seule explication qui semble probable, c'est que l'acte chirurgical avait provoqué un traumatisme des plexus sympathiques pancréatiques qui avait, comme dans une véritable sympathectomie, modifié le régime circulatoire du pancréas et, en même temps, rétabli les conditions de la régulation glycémique. C'est donc ce geste de hasard, d'un chirurgien, à qui il est juste d'en attribuer le mérite, qui devait devenir par la suite, grâce à Sendrail et à ses élèves, le point de départ d'études expérimentales d'un haut intérêt et peut-être, un jour prochain, l'origine d'une technique d'application humaine. Nous dirons en terminant, après examen critique des diverses méthodes, qu'un tel espoir n'est pas exclu.

Pourquoi, en effet, ne pas chercher à reproduire, par « un geste concerté », ce que le hasard avait suggéré ? (Sendrail).

Par toute une série de recherches sur l'animal — qu'il serait trop long de relater ici — et nous renvoyons pour cela à la belle thèse de Cahuzac (Toulouse 1937), ainsi qu'aux articles de Sendrail (*Presse Médicale* et *L'Hôpital* (1941), les promoteurs de la méthode concluent que la sympathectomie pancréatique provoque, après un premier stade d'hypoglycémie par vaso-dilatation et un second stade d'hyperglycémie un état durable d'hyperinsulinémie avec hypoglycémie, augmentation de la tolérance au glucose, exagération de la sensibilité à l'insuline. (Sendrail, *Ann. de méd.*, mars 1930).

Pour la technique de cette sympathectomie applicable à l'homme, il n'est que de se reporter à l'ouvrage de Jeanneney et Foucault (2), où l'on se rend compte par l'incision de Lecène et Deniker, des modalités d'isolement et de dénudation des artères pancréatico-duodénales supérieure et inférieure et attouchement de leurs parois à la solution d'isophénol.

A ces tentatives visant à renforcer l'action du système hypoglycémiant, certains ont opposé des tentatives cherchant à déprimer le système hyperglicémiant. Etant donné que le système hyperglycémiant, en effet, prédomine le système précédent, on a cherché à rétablir l'équilibre détruit en modérant l'activité soit de la surrénale, soit de ses nerfs excréteurs, soit des glandes endocrines dont le rôle, quoique secondaire, renforce la tendance hyperglycémiante de l'appareil surréno-splanchnique (Bréhant).

B. Action sur le système hyperglycémiant. — En 1927, Ciminata publiait deux observations de chiens rendus diabétiques par pancréatectomie et que guérit une énervation capsulaire bilatérale, c'est-à-dire par une surrénalectomie physiologique. Ces deux expériences, apportant une confirmation à la théorie de l'antagonisme, entraînèrent certains chirurgiens à tenter la cure radicale du diabète par intervention sur les surrénales. Mais les résultats furent peu nombreux et peu convaincants. Cette intervention qui pouvait paraître radicale aux yeux des premiers opérateurs, perd de son importance, remarque justement Cahuzac, puisque chez l'homme la décapsulation ne peut être qu'unilatérale. Or, toutes les surrénalectomies pratiquées ont montré que l'influence en est transitoire et que, la surrénale restante compense, peu à peu, la perte de l'autre. Aussi a-t-on tenté d'associer à la décapsulation unilatérale l'énervation du côté opposé ou même de les remplacer par l'énervation bilatérale. Dans le cas de diabète grave, chez un garçon de 13 ans, opéré ainsi par Oppel (1924), on ne constata pas d'amélioration et l'opéré mourut le dix-septième jour après, dans le coma. La surrénalectomie gauche chez un opéré de Sussi ne procura pas davantage d'amélioration. Piéri aurait obtenu un résultat plus encourageant, en ce que la baisse de la glycémie aurait duré un an. Il obtint également une diminution de la glycosurie et des signes objectifs après ablation de la surrénale gauche, mais le malade mourut cinq mois après, de maladie intercurrente.

Il semble donc que, expérimentalement, la décapsulation n'a qu'une influence passagère sur la glycémie. Mais en clinique humaine, cette opération est sans efficacité. La décapsulation bilatérale étant, d'autre part, incompatible avec la vie, on a proposé de la remplacer par la médullectomie qui laisserait en place la corticale indispensable à la vie. Mais les essais de Costantini, de Leriche et Stricker, faits dans un tout autre but, ont prouvé les dangers de cette intervention ; aussi n'a-t-elle jamais été tentée dans le diabète humain.

Plus favorable paraît *l'énervation juxta-glandulaire*, tentée d'abord par Donati, imité ensuite par Corachan et Simarro avec un résultat heureux, suivi pendant cinquante jours seulement, puis par Giordano avec trois observations, d'inégal intérêt, par Crile (deux observations), par Ciceri, Azzigoni et Rogoff. A la suite de ces tentatives, l'amélioration du trouble diabétique s'avère indéniable, se manifestant avant tout par une augmentation de la sensibilité à l'insuline. Mais il faut reconnaître que cette énervation surrénale complète est difficile à réaliser sans danger et que, d'autre part, ses effets restent temporaires. On est donc en droit de se demander avec Bréhant — dont la compétence est grande en la matière — si cette méthode ne doit pas céder le pas aux méthodes d'attaque à distance du système nerveux adrénalino-secréteur. Claude Bernard disait déjà, au siècle dernier, que « le traitement du diabète doit s'adresser désormais au système nerveux » ; aussi, complétant sa pensée, les auteurs suivants se sont-ils maintenant attaqués à l'ensemble endocrino-sympathique.

C. *Action sur le système sympathique.* — Les splanchniques sont, on le sait, la voie de conduction qui amène du centre diabétogène l'excitation à la surrénale. L'idée première d'agir sur le fonctionnement des surrénales par la section des nerfs splanchniques, appartient à Pende, dont les travaux expérimentaux de 1903 ont permis l'application clinique en 1924. Il propose la résection des splanchniques comme moyens d'intervenir sur les syndromes surrénaux. Mais, à vrai dire, remarque Cahuzac, bien peu d'auteurs avaient, en 1937, pratiqué la splanchnicotomie pour diabète. Les cinq observations de Piéri (1931) concernaient, en effet, des malades hypertendus chez qui il n'étudia pas les changements du métabolisme. Le malade de Donati et Grappl était, en effet, un hypertendu non diabétique.

De la splanchnicotomie on peut rapprocher *le blocage anesthésique des splanchniques*. Stelling (1929) avait, en effet, remarqué que chez les opérés diabétiques, acétonuriques, diacéturiques, l'anesthésie des splanchniques, avant la laparotomie, réduisait presque à néant la présence de ces corps dans les urines, pendant quelques heures seulement (1). Dès lors, Ciceri et Gabrielli ont cherché à influencer les diabètes par anesthésie ou alcoolisation des nerfs splanchniques. Mais dans ces cas, la méthode semble sans influence. Elle est à retenir, cependant, comme test pour présumer l'effet probable d'une résection splanchnique, ainsi que l'a démontré Jentzer. Liottier (1936) et P.-E. Martin (1940), ont renouvelé les tentatives avec des succès divers.

Ce blocage définitif par alcoolisation pourrait-il remplacer la section chirurgicale du nerf ? Sur 15 sujets chez qui cette alcoolisation bilatérale avait été pratiquée, par Cicéri et Gabrielli, on compte trois succès seulement, dont un diabète rénal ; à côté de cela les échecs furent nombreux, par chute trop brusque de la tension, ce qui n'a pas encouragé à faire de nouveaux essais.

Par contre, la *résection des nerfs splanchniques* est une technique dont il semble intéressant de poursuivre l'application dans les cas de diabète insulino-résistant. En effet, l'intervention est simple, possible à exécuter sous anesthésie locale et, de ce fait, d'une gravité incomparablement moindre que bien des interventions sus-indiquées. Dans cet ordre d''idées, Bréhant (d'Oran), a bien voulu nous communiquer — ce dont nous lui exprimons vive gratitude — cinq observations inédites, allant de 1937 à 1942. Dans ces divers cas, il a fait des résections splanchniques portant tantôt sur les ganglions sympathiques de la chaîne lombaire avec résection des nerfs splanchniques. Dans quatre de ces cas, il a constamment observé une amélioration de la glycémie et de la glycosurie, ainsi que des suites favorables, tant du côté diabétique que du côté circulatoire. Assurément ces résultats doivent encourager à poursuivre dans cette voie, à la condition que les indications soient judicieusement choisies et bien établies, en outre, par le *test de Stelling*, par exemple.

Pour mémoire, seulement, nous citerons d'autres interventions, telle la *thyroïdectomie* essayée dans le diabète associé à une maladie de Basedow, par Buchanan, Crile, O'Day, Fitz,

(1) Sendrail, Cahuzac et A. Garipuy : « Les Sympathectomies péripancréatiques expérimentales », *Presse Méd.* 1937, p. 1797).

(2) Jeanneney et Foucault, *Technique opératoire des glandes endocrines*, 1 vol., G. Doin, édit., 1938.

(1) C'est le *test de Stelling* dont Sendrail et Cahuzac mettent en doute, cependant, l'indication sur les effets éventuels d'une résection.

Joslin et tentée, en outre, dans deux cas de diabète pur par Wilder, Forster, Rudy, Blumgart et Berlin, mais les résultats furent décevants.

Rappelons enfin que Bastari et Bogliotti ont obtenu un effet favorable par la *parathyroïdectomie* dans un cas d'artérite diabétique avec hypercalcémie.

De même *l'hypophysectomie* que Chabanier, Lobo O'Nell, Puech ont appliqué à un cas de diabète grave insulino-résistant. Cette opération grave ne trouverait son indication que dans un diabète associé à une tumeur hypophysaire. Peut-être vaudrait-il mieux s'en tenir à la *radiothérapie hypophysaire* qui a valu à Romano des succès intéressants.

Merle, Rathery ont en effet montré le rôle favorable de cette radiothérapie dans certains cas de diabète insulino-résistant, pour combattre l'action d'une sécrétion hormonale venant contrarier celle de l'insuline. On agit ainsi sur la « glande coupable » (Mauriac). Béclère, dès 1922 déjà, avait freiné des glycosuries à l'aide des rayons, d'autant plus que la connaissance plus précise des effets de l'insuline avait montré que certains diabètes relevaient de la lésion, non du pancréas, mais d'autres glandes, telle l'hypophyse, bien que schématiquement tout puisse se comparer à un antagonisme hypophyse-pancréas. (Levent). Pour Delherm et Thoyer-Rozat, l'irradiation hypophysaire est indiquée toutes les fois qu'on soupçonne la participation de l'hypophyse au processus. C'est ainsi, que Cervera (de Barcelone) a traité avec succès par l'irradiation, en temps de disette d'insuline, des diabètes pancréatiques vrais (1). Tout en reconnaissant la valeur de tels faits, Servelle se demande si les troubles que déterminera l'intervention radiante (troubles morphologiques et sexuels) ne seront pas pire que le diabète, et il conclut que la question reste encore en suspens.

Enfin, toujours pour mémoire, citons la *ganglionectomie cœliaque* (Takats) agissant à la fois sur la sécrétion endocrine du pancréas et la glycogenèse hépatique, et d'autre part la *sympathectomie du hile hépatique*, dans le but d'influencer la glycogénolyse ; mais ces deux opérations, délicates et dangereuses, sont demeurées jusqu'ici du domaine du laboratoire.

De cet exposé, il résulte que seules restent en présence, pour leur application à la clinique humaine, la sympathectomie péri-pancréatique et les interventions sur la splanchnique lombaire. Reposant sur des bases physiologiques expérimentales incontestables, si elles n'ont jusqu'ici donné que des résultats inégaux, parfois même décevants, on est en droit de se demander si les indications thérapeutiques en ont été toujours bien établies. Si nous voulons, en effet, progresser dans cette thérapeutique chirurgicale du diabète, « il faut cesser, recommande Servelle, de poser des indications au hasard ». Car il en est du diabète, affirme P. Mauriac, comme de beaucoup de maladies : « Plus on les étudie, plus elles paraissent difficiles à traiter. Ici, plus que partout ailleurs, s'oppose la simplicité du diabète expérimental à la complexité du diabète clinique. *Il n'y a pas de diabète, il n'y a que des diabétiques* ». Formule heureuse à retenir au moment de choisir l'intervention.

Aussi, dans la critique des indications, laisserons-nous de côté certains diabètes d'origine centrale et les diabètes rénaux, qui ne relèvent pas d'une thérapeutique chirurgicale, ainsi que certains diabètes consécutifs à des affections hépato-vésiculaires.

Seuls sont susceptibles d'intéresser le chirurgien : le diabète primitivement pancréatique, le diabète surrénalien et le diabète hypophysaire.

Ce dernier, justiciable jusqu'ici de l'irradiation, comme nous venons de le dire, n'a pas été abordé chirurgicalement. Il le serait si les neuro-chirurgiens en trouvaient l'indication dans la coexistence d'un diabète et d'une affection cérébro-méningée, leur donnant l'occasion d'intervenir du même coup sur l'hypophyse.

Mais l'indication opératoire prend plus d'intérêt s'il s'agit d'un diabète pancréatique ou insulaire. Pour reconnaître ce diabète, Jentzer (1942) recommande de procéder à trois épreuves :

a) La courbe de l'hyperglycémie provoquée s'étageant sur 5 à 7 heures ; l'élévation maxima de la glycémie atteint 1 gr. à 1 gr. 50, se produisant 1 à 3 heures après, d'où on conclut que le pancréas fonctionne mal, que la réaction d'insuline est insuffisante ;

b) La courbe du gynergène, celui-ci paralysant le sympathique, diminue la sécrétion d'adrénaline, ne doit pas influencer le diabète pancréatique ;

c) La courbe de l'adrénaline montre que l'injection d'adrénaline fait sortir les réserves de glycogène du foie et des muscles, et provoque un appel d'insuline. Cela ne se produit pas, et la courbe d'hyperglycémie adrénalinienne ne descend pas, si le pancréas est malade.

Ceci établi, il faut essayer si, par des *infiltrations splanchniques* faites tous les jours pendant une quinzaine, le malade soumis au régime alimentaire et insulinien, on améliore son diabète. Ceci, d'après Servelle, va permettre de poser l'indication de splanchnicectomie. Les recherches de Cahuzac ont montré qu'agissant sur la circulation pancréatique d'abord, on obtient une diminution de la glycémie, puis en diminuant la sécrétion d'adrénaline, on produit une hypersensibilité à l'insuline. Servelle a vu des résultats encourageants dans certains cas insulino-résistants. P.-E. Martin (de Lyon) présente cette méthode pour l'étude d'un diabétique en vue de juger, dans certains cas graves, de la légitimité d'une intervention chirurgicale (splanchnectomie ou surrénalectomie). Il insiste sur la nécessité de s'entourer pour cette étude de certaines garanties (examen clinique et humoral attentifs, régime surveillé pour éviter l'apport d'hydrates de carbone exogènes). Quand on a ainsi équilibré le malade avec une quantité d'insuline, on pratique l'infiltration splanchnique bilatérale « dans les meilleures conditions possibles pour juger de son action réelle ». Cette étude préalable paraît à Martin, indiquée dans le diabète insulino-résistant, le diabète avec facteur rénal, le diabète avec hypertension artérielle et néphrite. Ce serait l'indication-type car l'infiltration agit sur le taux glycémique et sur la tension artérielle. Ce test de l'infiltration splanchnique évitera ainsi des opérations nulles, c'est-à-dire, sans amélioration des diabètes opérés.

Dans cet ordre d'idées, Servelle pratique une glycémie avant la première infiltration, puis par des glycémies répétées, en étudie les variations dans les 3 heures suivantes. De plus, il fait un traitement d'épreuve par une série d'infiltrations pour contrôler les variations de la glycémie. Si aucun de ces tests n'est positif, conclue-t-il, mieux vaut s'abstenir d'opérer. Par contre, dans un cas de diabète surrénalien (observ. LXXV), les infiltrations positives ont permis de faire une surrénalectomie gauche.

Toute une série d'épreuves permettent donc de faire le diagnostic de diabète surrénalien ; mais par contre « il serait condamnable de tenter une surrénalectomie dans les cas de diabète pancréatique » (Servelle).

La splanchnicectomie peut suppléer la surrénalectomie et nous avons déjà montré que si l'épreuve de l'infiltration splanchnique est positive, cette opération était justifiée dans certains diabètes pancréatiques insulino-résistants. Et ceci permet de comprendre les résultats plus encourageants de la splanchnicectomie que ceux de la surrénalectomie. Si l'état du malade le permettait, Leriche serait d'avis d'associer les deux interventions.

En regard de cette méthode, nous plaçons *l'énervation sympathique* du pancréas, préconisée par Sendrail et Cahuzac, et strictement applicable au diabète pancréatique. « C'est, disent-ils, la meilleure méthode de réactivation d'un parenchyme secrétoire fonctionnellement insuffisant ». Ils ont été ainsi conduits à réaliser une sympathectomie péri-artérielle, à la fois chirurgicale et chimique (grâce au liquide de Doppler), sur les trois pédicules (artères, pancréatico-duodénale supérieure, pancréatico-duodénale inférieure et splénique). Par cette technique très simple, « on détruit la totalité de l'innervation sympathique du pancréas, en laissant intactes les fibres d'origine para-sympathique ». Ainsi privé de son innervation sympathique, l'organe s'adapte à un régime circulatoire stable qui ne comporte plus d'hyperhémie apparente, et l'on voit alors s'instaurer un équilibre nouveau caractérisé par la persistance quasi-indéfinie, d'une hyperinsulinémie modérée. Les travaux de Sendrail et Cahuzac permettent donc de conclure que cette intervention provoque, après un premier stade d'hypoglycémie par vaso-dilatation et un second stade transitoire d'hyperglycémie, un état durable d'hyperinsulinémie avec hypoglycémie, augmentation de la tolérance au glucose, exagération de la sensibilité à l'insuline. Par contre, il paraît illusoire à ces auteurs d'attendre de la résection splanchnique l'établissement d'un régime hypoglycémique.

Le schéma opératoire a été bien établi par Jeanneney et Foucault d'abord, puis par J. Bréhant, Monteiro (de Lisbonne),

(1) Noix. — Thèse de Paris, 1945.

dans les soins préopératoires, la technique elle-même (incision de Lecène et Deniker) et soins post-opératoires (éviter l'acidose).

De l'ensemble des résultats obtenus par ceux qui se sont intéressés à ces tentatives opératoires dans le diabète, il semble bien ressortir que l'on est en droit de fonder pour un avenir prochain, de grands espoirs sur elles. Le scepticisme de Fritz Lagner, qui jugeait que « un traitement opératoire du diabète n'est pas à prendre en considération » se trouve maintenant exclu par des résultats incontestables, bien que peu nombreux encore. Mais étant donné que les causes du diabète sont loin de se localiser uniquement dans les îlots de Langerhans, il faudra distinguer, comme dans l'hyper et l'hypoglycémie, plusieurs mécanismes. La distinction est de première importance pour le traitement de ces diverses variétés de diabète dont le mécanisme pathogénique peut être si différent (Jentzer). Il faut en effet, conclut justement Servelle, envisager ce diabète, non comme une affection unique, mais comme un ensemble de syndromes ayant un même aspect clinique, mais aussi de profondes différences pathogéniques, et on en tirera les indications opératoires précises. Ainsi, le véritable traitement chirurgical du diabète, qui se cherche encore, pourra sortir de la phase expérimentale où il est retenu ; « C'est une page inachevée que l'avenir remplira peut-être » (Ockinczyk).

Dernières références bibliographiques depuis la thèse de Cahuzac (1937) ;

Bréhant. Résection chirurgicale des nerfs splanchniques, thèse Paris 1937 ;

Bréhant. Traitement chirurgical du diabète. *Journal de Chirurgie* 1939 ;

Bréhant. Traitement chirurgical du diabète. *Pratique médico-chirurgicale*, 2e supplément 1939 ;

Jentzer. *Presse Médicale*, 6 janvier 1942 ;

Meillière. *Pratique médico-chirurgicale*, 1er supplément 1937 ;

Martin. Infiltration splanchnique dans le diabète. *Presse Méd.*, 8 mars 1941 ;

Servelle. La chirurgie du splanchnique, 1 vol., Maloine, édit. 1942 ;

Jeanneney et Foucault. Tactique opératoire des glandes endocrines, 1 vol., Doin, édit. 1938 ;

Levent. Radiothérapie fonctionnelle et l'hypophyse, *Gazette des Hôpitaux*, 1er février 1946 ;

Sendrail et Cahuzac. *L'hôpital*, novembre 1941 ;

Sendrail, Cahuzac et Courty. Les perturbations précoces de la glycorégulation après blocage anesthésique des splanchniques (*Annales d'endocrinologie* (n° 1, 1942) ;

Sendrail, Cahuzac, A. Garipuy, Tamalet. *Gaz. des Hôp.*, 4 et 11 déc. 1937 ; Soc. de Biol., 1937 et 1939 ;

Martin, Ledrire, Cruand et Watremez. *Soc. de Biol. de Lyon*, 17 avril 1939 ;

P. Mauriac. *Le Traitement du diabète en pratique courante*, 1 vol., Masson, édit., 1941 ;

Mallet-Guy et Maillet. *Le traitement chirurgical de l'hyperinsulinisme*, 1 vol., Masson, édit., 1944.

Langeron. — Infiltration splanchnique du diabète. *Ann. d'endocrinologie IV*, p. 23, n° 4, 1942.

LES DELIRES

Essai de classification

par R. Benon
Ex-Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice Général de Nantes

Les délires représentent le plus gros chapitre de la pathologie mentale, et aussi le plus fantastique, le plus touffu, enfin le plus complexe. Il n'y a pas de délire sans thème (persécution, grandeur, mysticisme, politique, érotisme, mélancolie, hypocondrie, etc.). Le thème, indispensable, n'est cependant pas l'essentiel de la maladie : celui-ci est constitué soit par des troubles sensoriels, soit par des troubles émotionnels. Dans cette causerie clinique, on dira brièvement les types morbides de délire, les uns à évolution chronique, les plus curieux, les autres à évolution aiguë ou subaiguë.

DELIRES A EVOLUTION CHRONIQUE

Il existe deux sortes de délire à évolution chronique : les délires hallucinatoires chroniques, les délires non hallucinatoires chroniques.

A. Délires hallucinatoires chroniques. — Les uns sont parfaitement typiques, par exemple le délire de la persécution hallucinatoire chronique ; les autres sont très atypiques et ce sont ceux que Magnan a appelés les délires des dégénérés (délires, surtout, des dysthymiques ou hyperémotifs constitutionnels).

1° *Délires hallucinatoires chroniques typiques.* — Parmi les délires hallucinatoires chroniques typiques, il importe de distinguer ceux qui sont fondés sur des hallucinations classiques, c'est-à-dire sur des voix venant de l'extérieur (voix extérieures), d'avec ceux qui sont fondés sur des voix venant des organes du sujet lui-même (voix intérieures).

I. Les délires hallucinatoires chroniques typiques avec voix extérieures (persécution simple ou compliquée) présentent trois variétés, suivant l'*état sthénique* du patient : *a*) dans une première variété, l'état sthénique est normal ; les émotions afflictives ne déterminent presque pas d'asthénie ou celle-ci est tout à fait épisodique ; *b*) dans une seconde variété (variété avec idées de grandeur), on note de l'hypersthénie motivée (joie motivée par les hallucinations encourageantes, flatteuses, laudatives, excitantes, que perçoit le sujet : délire avec mégalomanie) ; *c*) dans une troisième variété, l'asthénie est bien développée ; le patient paraît être mélancolique alors qu'il est simplement abattu, anéanti, hébété (asthénie afflictive secondaire du délire).

II. Les délires hallucinatoires chroniques typiques avec voix intérieures (voix venant surtout de l'épigastre) sont rares (1 %) : ils s'accompagnent d'idées de grandeur. La joie motivée est d'ordre hypo plutôt que d'ordre hyper-thymique.

2° *Les délires hallucinatoires chroniques atypiques.* — Les délires hallucinatoires chroniques atypiques, les plus difficiles à étudier (mais même maladie que les précédents) correspondent aux délires des dégénérés de Magnan (délires des dyscérébraux psychiques constitutionnels ou délires des dysphréniques, dysthymiques, dysthéniques constitutionnels) et encore à la démence paranoïde de Kraepelin. On y observe communément des alternatives d'asthénie post-afflictive et d'hypersthénie motivée. On a dit qu'ils s'accompagnaient d'affaiblissement des facultés intellectuelles (démence vésanique de Foville, le fils) : la chose n'est point du tout démontrée.

B. Délires non hallucinatoires chroniques. — Tous ces délires à évolution chronique, qui ne s'accompagnent jamais de troubles hallucinatoires (on peut dire jamais), sont des délires dans lesquels la réflectivité émotionnelle est déviée (*délires parathymiques*) ; les émotions, les plus variées, sont déterminées par des motifs absurdes. Leur diagnostic est délicat parce que leurs rapports avec les états passionnels sont étroits (1). Les uns sont typiques, les autres atypiques. La mélancolie, l'hypocondrie délirantes sont des psychoses fondamentalement parathymiques.

1° *Délires parathymiques chroniques typiques.* — Les délires parathymiques chroniques typiques sont peu fréquents à l'asile des aliénés (2 %). On peut en distinguer quatre variétés.

a) Le délire parathymique interprétatif chronique (délire d'interprétation chronique de Paul Sérieux), en pratique délire de persécution et de satisfaction (sinon de grandeur) avec parathymies à base d'anxiété, de joie : les multiples interprétations absurdes sont en relation directe avec les parathymies ;

b) Le délire parathymique revendicatif chronique : parathymies à base de joie, d'énervement ; haine de type absurde ;

c) Le délire parathymique imaginatif (délire d'imagination de Dupré) : parathymies à base de joie ;

d) Le délire parathymique dysgnosique chronique (délire des

(1) Les psychoses désignées sous le nom de psychoses passionnelles sont des psychoses parathymiques (exemple : l'érotomanie).

sosies) : paragnosies déterminant des parathymies à base d'anxiété et de joie.

2° *Délires parathymiques chroniques atypiques.* — Les délires parathymiques chroniques atypiques sont formes extrêmement complexes, interprétatives, revendicatrices, imaginatives, paragnosiques. Les éléments constituants du délire, psychiques, émotionnels, sthéniques, sont mêlés de telle sorte que le classement de l'affection est peut-être pratiquement impossible.

3° *Mélancolie.* — La mélancolie délirante est un type de délire parathymique (parathymies à base de chagrin). Dans la forme dite mélancolie délirante anxieuse, les hallucinations, et souvent les simples illusions, n'apparaissent qu'à titre épisodique. Lorsque les hallucinations de l'ouïe deviennent actives (fait très rare), c'est que s'installe chez le patient un délire de persécution chronique du type classique.

4° *Hypocondrie.* — L'hypocondrie délirante, comme la mélancolie délirante, est une variété de délire parathymique (parathymies à base d'anxiété). L'hypocondrie, après l'avènement de la neurasthénie de Beard (1880), a disparu des traités de psychiatrie. Elle a pourtant son autonomie. Elle complique assez souvent l'asthénie chronique séquelle (asthénie fonctionnelle).

DELIRES A EVOLUTION AIGUE

Les délires à évolution aiguë ou subaiguë sont les délires curables de cause toxique ou infectieuse, par exemple le délire alcoolique, le délire du rhumatisme articulaire aigu, et aussi les délires curables des hyperthymiques (hyper et para) : délires curables des dégénérés de Magnan, délire des déséquilibrés. Le délire dit délire aigu est tantôt de la confusion mentale aiguë ou suraiguë, tantôt du délire et de la confusion mentale, tantôt de la manie et de la confusion mentale.

Ce RÉSUMÉ CLINIQUE est destiné à donner un aperçu de la pathologie générale du délire, tantôt syndrome, tantôt maladie. Ses variétés, sa richesse sont démonstratives de la diversité psychique humaine. C'est le monde de la pensée, fantastique, formidable, secret, infini.

ACTUALITÉS

L'ŒUVRE DES PASTORIENS EN AFRIQUE NOIRE

(à propos d'un livre récent)

Dans les quarante dernières années, la France a su s'attacher des peuples différents de race et de civilisation qui lui ont, en retour, activement depuis témoigné leur fidélité, leur dévouement et leur reconnaissance. Malgré les blessures de la France qui sur certains points du monde ont amené des fléchissements douloureux, c'est un fait qu'on ne peut contester, surtout en Afrique noire, bien que les « anticolonialistes » le passent volontiers sous silence. C'est donc faire œuvre utile que d'attirer à nouveau l'attention sur les moyens par lesquels s'est effectuée la conquête des sympathies et des intelligences malgré l'occupation territoriale et en même temps qu'elle. Entre les deux travers nationaux, la vanité qu'on nous a souvent reprochée au dehors et le dénigrement de nous-mêmes dont nous sommes trop souvent coutumiers, il y a place pour la constatation objective des faits et des travaux. C'est la seule apologie qui ait une valeur.

Telle est l'œuvre, particulièrement opportune au temps que nous vivons, qu'a entreprise celui qui eut la tâche et l'honneur de doter Dakar de son Institut Pasteur, le médecin général C. Mathis.

Dans sa magistrale étude de l' « Œuvre des Pastoriens en Afrique Noire » (Afrique occidentale française) (1), l'auteur rappelle qu'avant de disposer de l'important Institut dont M. C. Mathis fut le premier directeur, les biologistes en général et les pastoriens en particulier, d'origine ou de filiation, avaient beaucoup et bien travaillé. C'est même un des côtés les plus intéressants et les plus vivants du travail de M. C. Mathis que la peinture de l'époque des précurseurs. Ils furent nombreux.

C'est vers 1896 que les médecins de l'Armée coloniale partent à l'attaque. A cette époque, que l'auteur a connue, l'Afrique était un pays où le voyageur, des mois durant, disparaissait, sans relations possibles avec le monde civilisé, menacé par tous les dangers souvent insoupçonnés que présentait ce continent.

Par ordre chronologique sont évoquées devant nous les belles figures des médecins directeurs des laboratoires africains. Pauvres en moyens matériels mais riches de science, de foi, d'audace et de tenace énergie on voit les Marchoux, les Heckenroth, les Léger, les Le Moal, les Roubaud, les Jamot et combien d'autres qu'il nous est impossible même de citer ici, partir à la conquête d'un pays inconnu, d'une pathologie nouvelle et créer presque de rien une science toute neuve.

Tous, médecins et hygiénistes, hommes de laboratoire aussi ont été et sont toujours les agents les plus discrets mais les plus puissants de la conquête telle que la conçoit l'âme française. S'ils étaient riches de dévouement et de science au sens général, tous ces pastoriens du début ne pouvaient être que très neufs en pathologie exotique. Que savait-on à cette époque dans ce domaine ? Peu de choses précises. Les entités morbides étaient mal caractérisées et mal délimitées. Quant à l'étiologie on en était, ou à peu près, à la malaria, aux miasmes et autres génies malfaisants, épidémiques ou non.

Au long des notices que M. Mathis consacre à ses héros, on voit peu à peu la pathologie tropicale se préciser, s'individualiser ; l'étiologie se fixe à laquelle microbiologie, parasitologie, zoologie, climatologie apportent leur soutien. Peu à peu une thérapeutique en découle. On voit se constituer dans la même période un empire nouveau et une science nouvelle, fonction l'un de l'autre. En même temps qu'on leur apporte des secours plus efficaces, les peuples rebroussent chemin sur la pente de la disparition, des nomades se fixent.

C'est aussi un tableau émouvant que celui de ces coloniaux dans une brousse sans route, ou sur des fleuves sans horizon, que celui des campements dans les villages que la panique a d'abord vidés de leurs habitants que la curiosité repeuple peu à peu en attendant que les misères d'un peuple les surpeuple au jour où des tables en plein air reçoivent les microscopes d'examen et les quelques ustensiles d'une vaccination. Emouvant aussi le contraste entre l'époque où une panthère noire apprivoisée — et judicieuse — empêche par sa présence un massacre de la mission et l'époque où des villages entiers derrière leurs chefs en grand pavois viennent processionnellement fêter et remercier le missionnaire de passage et chercher auprès de lui de nouveaux espoirs de guérison.

Toutes ces biographies s'animent de brefs tableaux pleins de couleurs, tels que seuls peuvent les peindre ceux qui y ont personnellement figuré.

On voit ainsi le paludisme, la maladie du sommeil, la fièvre jaune, les récurrentes, les dysenteries prendre la personnalité que nous leur connaissons désormais.

A cet hommage biologique dense mais trop bref pour une si riche matière fait suite une relation chronologique des principales recherches en A. O. F. et une synthèse des affections les plus fréquentes : affections à protozoaires, paludisme, maladie du sommeil, leishmanioses, amibiase au premier plan, affections microbiennes, peste, lèpre, choléra, affections à virus, fièvre jaune, rage, affections dues à des parasites animaux helminthes ou arachnides, mycoses, affections enfin d'étiologie encore inconnue. Cette énumération, très incomplète, témoigne pourtant de la richesse de la pathologie africaine et de la variété dans l'œuvre de M. C. Mathis.

Dans chaque étude sont réunis les points essentiels (et ils sont nombreux) que les travaux des pastoriens français ont précisés et les progrès dont la science leur est redevable. Et comme il n'est de meilleur point de départ pour une œuvre nouvelle que la solide connaissance des travaux princeps, M. Mathis a pris le soin, après chaque notice, de réunir une bibliographie cardinale succincte aisée à consulter. De notice en notice, grâce à un travail considérable d'érudition sont ainsi rassemblées 700 références, lieux d'amarrage toujours précieux à des travaux neufs. L'aisance à s'orienter ne doit pas faire oublier la patience et l'esprit judicieux qui les ont fait choisir et réunir. De même que dans la première partie de l'ouvrage on a pu voir s'édifier et se compléter l'équipement médical et hygiénique d'un morceau d'Empire, on voit se compléter ici des connaissances nouvelles.

Tout dans une telle médecine ne se borne pas à l'homme ; il est aussi une pathologie animale, importante au point de vue économique, importante plus encore hygiéniquement, du fait de l'échange des mauvais procédés entre hommes et animaux. Contagions vraies, recel de certains stades évolutifs d'agents

(1) Paris, 1946. Presses universitaires de France (Colonies et Empires), 1 vol., 580 p., avec une préface de M. Caullery, 32 planches hors-texte et carte.

pathogènes. Les pathologies vétérinaires, celle de l'animal domestique, celle de l'animal d'expérience (à signaler l'importance à cet égard de la filiale pastorienne de Kindia), celle de l'animal sauvage elle-même sont ici d'importance majeure. Du dromadaire au moustique et au ruminant, il y a place en pathologie et en hygiène africaines pour bien des problèmes et des découvertes. Ici encore des notices médicales zoologiques, botaniques même avec une précieuse bibliographie viennent au secours du lecteur et même du chercheur.

Est-il nécessaire de dire explicitement combien une telle étude, variée dans ses objets, si pittoresque parfois dans les tableaux littéraires ou son abondante iconographie est d'une lecture aisée. M. Mathis a réuni dans un même livre de l'histoire, de la médecine, de l'histoire biographique, de l'ethnographie, parfois des récits de voyage avec une mise au point clinique, bactériologique et parasitologique où l'intérêt ne faiblit jamais. On trouve, au détour du récit le plus simple, un pouvoir d'évocation qui ne peut manquer de séduire les jeunes générations et de leur apparaître comme une nouvelle « invitation au voyage ».

Il y a là une « illustration et défense » de la colonisation française que M Mathis a souhaitée ; il a réussi. Sans doute aussi — et il en sera probablement heureux — aura-t-il fait du prosélytisme, le plus désirable et le meilleur. Dans l'un et l'autre cas, lui aussi aura, une fois de plus, bien servi.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 9 avril 1946

Rapport de MM. Martel et Tanon. — Sur le paraffinage des fruits.

Rapport de M. Martel. — Sur le ravitaillement en viande de la région parisienne.

Rapport de M. Jolly. — Sur le statut des laboratoires d'analyses médicales.

Etat sanitaire des enfants du premier âge en 1945. — MM. Lesné, Huber et Rouèche. — En 1945 la mortalité du premier âge a été en moyenne générale de 10.3 % en France (8,7 % en 1938). Nulle part elle n'a été inférieure à 8.5 %, dans certaines villes elle a été de 22 %, plus forte encore dans certains hôpitaux.

Il y a eu de même, dans la plupart des pays d'Europe, augmentation avec une certaine proportionnalité aux dégats de guerre.

Il existe en France deux périodes critiques : décembre-janvier (otomastoïdite et affections broncho-pulmonaires) et juillet-août (affections intestinales).

La plus grave menace est pour les enfants au-dessous de 3 mois, surtout les débiles nourris au biberon, qui meurent soit de toxi-infection aiguë, soit d'athrepsie. Le pronostic a été amélioré par l'antrotomie bilatérale, la diète hydrique, le lait humain, les transfusions, l'hypodermoclyse. Il importe de favoriser l'allaitement maternel jusqu'à cinq mois, de créer des services de donneuses de lait, d'instruire les mères, de veiller à la collecte, la conservation et la distribution du lait, d'éviter les pouponnières avant le quatrième mois, de créer des maisons maternelles, de dépister et traiter à temps les otomastoïdites.

Les influences saisonnières dans la phtisie pulmonaire. — M. Auguste Lumière. — Se référant aux statistiques de mortalité publiées par la Ville de Paris au cours des vingt dernières années, l'auteur trace les courbes moyennes des décès survenus chaque mois par suite de phtisie pulmonaire, d'une part et de pneumopathies non tuberculeuses, d'autre part. Dans le dernier cas, la fréquence des décès atteint son maximum en mars. Chez les non tuberculeux, c'est en janvier que la courbe touche son point culminant. Le refroidissement exerce donc une influence néfaste sur l'évolution de toutes les affections pulmonaires (danger possible de la fenêtre ouverte en hiver). Mais les lésions tuberculeuses évoluant plus lentement que les autres, l'effet mortel des intempéries ne se manifeste qu'à l'approche du printemps.

Sur le rôle des grands collecteurs du chyle (Citerne de Pecquet et canal thoracique) en pathologie digestive. — M. P. et Mme M.-L. Chêne (Présentation par M. Bazy). — L'amaigrissement des cancers de l'œsophage ne s'explique pas exclusivement par la gêne mécanique apportée au passage des aliments.

Des lésions plus sténosantes ne sont pas accompagnées de fontes de poids comparables.

Mais l'infiltration et le blocage du canal thoracique pour le cancer de l'œsophage, de la région de la Citerne de Pecquet pour certains néos de l'estomac, paraît la cause réelle de ces amaigrissements qui semblent liés plus à l'arrêt du transfert des graisses qu'à la seule cachexie néoplasique.

Cette explication est à retenir pour les cancers de l'œsophage, de la petite courbure, de la grande courbure et, peut-être, pour les autres localisations digestives.

Contribution à l'étude histo-chimique et thérapeutique de certains types d'ankyloses. — MM. Crétin, Baranger, R. et J. Meyer et Maignan (du Mans). — Les recherches histochimiques ont montré que la métaphyse de l'os fonctionne comme un filtre. Dans les lésions ankylosantes ce filtre est obstrué par des substances de déchet, en particulier des huiles à point de fusion peu élevé.

Par un curage diaphysaire suivi de drainage osseux aseptique, il est possible d'améliorer les conditions de vie de l'os et les fonctions articulaires. On arrive à supprimer ainsi très rapidement la douleur, non seulement dans l'articulation opérée, mais dans toutes les articulations malades. Il y a donc là une possibilité de traitement des arthrites post traumatiques et aussi du rhumatisme déformant polyarticulaire qui peut préfacer utilement une cure thermale.

M. Tréfouël présente « l'*Œuvre des Pastoriens en Afrique noire* » par M. le Médecin général Mathis, membre correspondant, importante étude historique, pathologique et bactériologique sur laquelle nous revenons plus haut. (p. 189).

Vacances de Pâques. — Il n'y aura pas de séances les mardis 16 et 23 avril.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril 1946

M. Basset, Président, annonce à l'Académie les décès :

De MM. Charbonnel, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux ; Weissel, de Copenhague et Desmaret, chirurgien des hôpitaux de Paris.

Sur l'occlusion par rétrécissement congénital du colon. — M. Quénu en a observé deux cas, tous deux ayant abouti à la mort.

Résection du carrefour aortique et des iliaques primitives pour thrombose artéritique. — M. Servelle. — M. Bergeret rapporte cette observation dans laquelle l'auteur a opéré par voie sous-péritonéale le côté droit d'abord, puis le côté gauche. Excellent résultat datant de quinze mois.

Récidive de tumeur mixte après parotidectomie totale. — MM. Santy et Dargent soulignent le caractère un peu artificiel de la terminologie « tumeur mixte » puisque, finalement, leur malade a fini par faire un tumeur maligne.

M. Roux-Berger condamne l'énucléo-résection des tumeurs mixtes ; la malignité de ces tumeurs est beaucoup plus grande qu'on ne le croit ; lorsqu'il y a récidive fréquente d'une tumeur mixte on peut affirmer la malignité.

M. L. Bazy considère que les tumeurs mixtes sont des épithéliomas en puissance, des dysembryoplasies.

M. Truffert estime que la parotidectomie totale est parfois une intervention insuffisamment large.

M. Redon a rencontré assez souvent des tumeurs mixtes à plusieurs foyers ; il affirme l'innocuité du morcellement de la tumeur au cours de l'intervention.

Sur un cas de rétrécissement péricolique pelvien. — M. Métivet apporte une observation de rétrécissement péricolique d'origine pelvienne.

M. J. Gosset a observé une malade chez laquelle il a été amené à faire une résection colique.

M. Kuss considère qu'il faut mettre à part des rétrécissements péricoliques à réaction de Frei positive ; il rappelle les signes cliniques essentiels du rétrécissement péricolique, le long passé génital des malades chez lesquelles évolue cette lésion.

Considérations préliminaires sur l'emploi de la pénicilline dans les staphylococcies. — M. Sauvé réclame une réorganisation des centres de pénicilline.

Vacances de Pâques. — Il n'y aura pas de séances les mercredis 17 et 24 avril.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 15 MARS 1946

Ostéopathie hyperthrophiante pneumique. Apparition tardive d'une tumeur pulmonaire. — MM. DECOURT et BASTIN. — Nouveau cas d'ostéopathie hypertrophiante coïncidant avec une tumeur pulmonaire. Dans ce cas l'ostéopathie était développée avant l'apparition des signes de la tumeur. D'après le Dr Rist cette pathogénie demeure mystérieuse.

Kyste séreux à membrane conjonctive du médiastin antérieur. — MM. MASSELOT et DEMIRLEAU (Tunis). — Il s'agit d'une observation de kyste thoracique pris pour un kyste hydatique dont l'examen a démontré que la membrane était purement conjonctive.

Méningite à pneumocoques consécutive à une fracture sinuso-ethmoïdale, amélioration puis rechute rapide après pénicilline ; guérison par fermeture de la brèche ostéo-méningée et nouveau traitement pénicilliné. — MM. MATTEI, PAILLAS, TRISTANI et Mme BOURDONCLE (Marseille). — Apparition chez un jeune homme d'une méningite à pneumocoques deux semaines après un traumatisme cranien. L'administration de 2.005.000 unités de pénicilline n'amena pas la guérison qui devint certaine après injection de pénicilline dans le ventricule latéral purulent. Naît, par ce fait, la nécessité d'associer le traitement local au traitement général.

Leucémie lymphoïde chronique sans splénomégalie ni adénopathie périphérique évoluant de pair avec un cancer suppuré du poumon. — MM. LÉCHELLE, VIALARD et ROZEY. — Sur un malade atteint d'un néoplasme pulmonaire suppuré, les auteurs décelèrent une leucémie lymphoïde sans symptôme spécial, rappelant une maladie du sang. L'examen nécropsique ne permit pas de mettre en évidence les lésions de cette maladie au niveau de la rate et des ganglions. Le cancer pulmonaire était de structure épithéliale.

Un cas de maladie de Hodgkin gastrique primitive. — MM. HILLEMAND, PORCHER-VERNE et SARRAZIN. — Cas d'une malade souffrant de douleurs épigastriques vagues. Les clichés montrèrent une niche à rebords décollés sur une lacune de la grande courbure de l'estomac. L'examen anatomo-pathologique démontra la nature lympho-granulomateuse de l'ulcération.

Septicémie grave à streptocoques hémolytiques traitée par 7.000.000 de pénicilline en vingt jours. Apparition d'un souffle à endocardite aiguë au cours du traitement. Nécessité de fortes doses d'emblée. M. BÉTHOUX (Grenoble). — S'appuyant sur cette observation, l'auteur préconise en cas de streptococcémie et de staphylococcie de faire d'emblée de fortes doses de pénicilline (200.000 et même 400.000 unités) pour limiter la durée de l'évolution.

Prophylaxie antialcoolique. — MM. LELONG et GOUNELLE. — Les auteurs font voter par la Société le vœu qu'une impulsion de plus en plus énergique soit donnée à la prophylaxie antialcoolique et que soit instaurée une vraie politique de consommation du fruit à l'*état frais*, sous forme de jus, ce qui constituerait pour l'agriculteur une augmentation de revenu.

SÉANCE DU 23 MARS 1946

Anémie érythroblastique méditerranéenne (maladie de Cooley). — MM. CATTAN, GORCOS et COHEN. — C'est l'observation d'un enfant de 8 ans, d'origine sicilienne, né en Tunisie, atteint depuis l'âge d'un an d'anémie chronique fondé sur l'existence d'une érythroblastose médullaire, avec hépato-splénomégalie, augmentation de la résistance globulaire et lésions osseuses caratéristiques.

Défaillance cardiaque latente, facteur d'entretien de crises d'ashme. — MM. MERKLEN, SALLET et CROSNIER. — Chez une malade résistant aux médicaments asthmatiques classiques, la guérison fut obtenue par des injections vespérales d'ouabaïne.

Epithéliomatose respiratoire diffuse. — MM. AMEUILLE, PRUVOST, LEMOINE, DEPIERRE et Mlle SCHWEISGUTH — Observation d'une tumeur bronchique rare, faite d'un stroma conjonctif et osseux recouvert d'un épithélium bronchique normal, avec substitution de cet épithélium à celui des alvéoles pulmonaires. Fait exceptionnel.

Le rôle des bronches dans certaines affections broncho-pulmonaires chroniques primitives. — MM. LENÈGRE et PALEY. — Des signes cliniques mettent en évidence le rôle d'un trouble bronchique ou bronchiolique dans des affections respiratoires chroniques. Le trouble broncho-alvéolaire vraisemblable est mis en évidence par la bronchographie lipiodolée. L'affection broncho-pulmonaire qui en résulte peut réaliser un tableau qui relève seulement du trouble de l'hématose pulmonaire dont l'étiologie est peu connue.

Le rôle des bronches dans certaines affections broncho-pulmonaires associées à des cardiopathies. — MM. LENÈGRE et PALEY. — Il peut résulter de l'association des deux maladies un état complexe d'allures différentes.

1° Les deux maladies évoluent sans influencer nettement, additionnant seulement leurs effets néfastes ; 2° Dans ce cas l'affection pulmonaire est préexistante : la cardiopathie aggravant les troubles broncho-pulmonaires ou provoquant des crises d'asthme ; 3° Dans ce cas, la cardiopathie artérielle est la première en date. Elle peut donner lieu à des crises d'asthme ou a du catarrhe bronchique. C'est une modalité du poumon cardiaque.

Ces modalités doivent être distinguées du cœur pulmonaire chronique.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 19 MARS 1946

Déformation d'un membre inférieur après radiothérapie pour naevus. — M. LEVESQUE. — Présentation de malade. La déformation du membre est telle qu'elle nécessitera une correction orthopédique.

Cinq cas de scorbut chez des nourrissons alimentés au lait de vache pasteurisé et bouilli. — M. KAPLAN et Mlle SAMMET ont observé en quelques mois cinq cas de scorbut à symptomatologie clinique et radiologique très complète, dont deux compliqués d'exophtalmie par hématome rétro-orbitaire. Ils préconisent l'administration systématique d'acide ascorbique aux nourrissons tant que durent les difficultés de transport et de distribution du lait et la disette de fruits frais, oranges et citrons.

Les formes apnéiques de la coqueluche du nourrisson. — MM. SANBAN, CHAPTAL, VALLERT et BERTRAND (de Montpellier) en décrivent deux aspects, l'apnée spasmodique ou asphyxique liée à un spasme glottique ou phrénoglottique, et l'apnée paralytique ou syncopale, de pronostic très sombre.

La pathogénie est encore très imprécise ; les variétés cliniques sont nombreuses. Le pronostic est très grave dans les formes syncopales.

Un cas d'ostéogénèse imparfaite suivi depuis cinq ans. — M. CHAPTAL présente un enfant de cinq ans ayant présenté à sa naissance, en dehors de toute hérédo-familiarité similaire, un crâne membraneux et de multiples fractures intra-utérines des os longs. Les accidents de fragilité osseuse se répètent depuis lors. Les muscles sont atrophiés et leur excitabilité électrique très diminuée. L'enfant présente des troubles considérables de la croissance staturale et pondérale non améliorés par la vitaminothérapie et la thérapeutique recalcifiante. L'intelligence est normale. Les sclérotiques, bleues à la naissance, ont repris une blancheur normale. Il y a hypocalcémie, hypophosphatémie et hyperphosphatasémie.

Syndrome malin à forme de diarrhée profuse au cours d'une scarlatine avec endocardite. — M. CHAPTAL rapporte l'observation d'un enfant de 10 ans chez qui une scarlatine grave se complique au premier jour d'un syndrome malin à forme entéritique avec diarrhée profuse entraînant brusquement un collapsus cardio-vasculaire avec anurie. Les accidents cèdent en 48 heures sous l'influence de la réhydratation, des tonicardiaques et de la pénicilline. C'est alors qu'on perçoit une endocardite mitrale donnant naissance à une lésion définitive.

Etude des variations du système de la vitamine C chez l'enfant malade. — MM. ROHMER, BESSONOW, SACIEZ et Mlle LEROUX ont pu déterminer par l'emploi simultané de plusieurs dosages la répartition des composants de la vitamine C chez l'enfant bien portant et ses variations dans les états pathologiques. La maladie entraîne une diminution du taux de la vitamine C et une augmentation des dérivés dégradés, en particulier du Dienol X qui persistent durant toute la durée malgré le traitement.

Résultats comparés obtenus par les diètes aux carottes et à la poudre de caroube dans les diarrhées des nourrissons. — MM. Rohmer, Saciez et J.-A. Rohmer ont obtenu avec ces deux produits des résultats comparables et ont pu réaliser une réalimentation rapide dans les cas de dyspepsie et d'entérite.

Séance du 2 avril 1946

Valeur séméiologique de l'aspect radiologique des niveaux liquides de l'intestin. — MM. Levesque, Dailly et Boeswillwald montrent qu'ils traduisent souvent une atteinte réflexe de l'intestin consécutive à un trouble neuro-végétatif, après avoir toutefois éliminé l'iléus chirurgical. Dans le cas d'oto-mastoïdite du nourrisson, leur disparition à la suite de l'intervention mastoïdienne implique un pronostic favorable.

Mégacôlon congénital, fécalome et microcæcum. — MM. Lelong, Joseph et Mme Poncet rapportent l'observation d'un enfant atteint dès sa naissance d'obstruction intestinale (émission de méconium le 5e jour) et mort quelque temps après d'occlusion intestinale. A l'autopsie, ils ont trouvé un mégacôlon sans aucun obstacle mécanique en aval et un microcæcum en amont ; entre les deux existait une dilatation diffuse avec paroi mince et atrophiée. Les auteurs insistent sur l'importance du fécalome.

Forme granitée diffuse de la lésion initiale pulmonaire de la tuberculose acquise du nouveau-né. — MM. Lelong, Delarue, Rossier, Lesobre et Umdenstock ont vu succomber, à l'âge de 23 jours, un nourrisson atteint depuis une semaine d'un syndrome rappelant l'œdème subaigu curable. L'autopsie a montré des lésions granuleuses multiples fourmillant de BK et strictement localisées au poumon. L'enquête étiologique a montré que cet enfant avait été en contact pendant 10 minutes, au moment de sa naissance, avec sa mère atteinte de tuberculose grave avec lésions des lèvres et de la muqueuse gingivale. Il en était résulté une inoculation massive, quasi expérimentale du poumon.

A propos des ulcérations du méat chez le jeune enfant. — M. Marcel les considère comme des complications des phimosis opérés trop précocement chez des enfants énurétiques. Il s'élève contre le traitement chirurgical du phimosis et pense que ceux-ci doivent être dilatés en même temps qu'on soigne l'énurésie et modifie le pH et le régime.

Hypotrophie suite de kyste de l'urètre et autres malformations urinaires. MM. Marquézy, Marcel et Hartmann rapportent l'observation d'un enfant hypotrophique atteint de pyurie et d'azotémie à 0 gr. 90 et n'ayant pas tardé à succomber. L'autopsie a montré une maladie du col, un kyste multilobulaire de l'uretère droit et une atrophie congénitale du rein droit, une hypertrophie du rein gauche avec pyelonéphrite ascendante.

Néphropathies chroniques chez le nourrisson. — MM. Debré, Thieffry et Lambotte rapportent deux observations d'enfants ayant succombé à la suite d'une hypotrophie avec retard moteur, troubles digestifs, rachitisme précoce, polydypsie et hyperazotémie. A l'autopsie desquels on trouve une néphopathie chronique scléreuse. Ils ont retrouvé 14 cas analogues dans la littérature.

A propos de trois cas de pyopneumothorax chez des nourrissons. — M. M. Lamy, Mlle Jammet, MM. Camus et Paley rapportent trois cas de pyopneumothorax du nourrisson secondaires à la perforation d'un abcès du poumon. Le premier enfant est mort très vite, les deux autres ont guéri à la suite d'un traitement par la pénicilline, qui modifiera peu-être la gravité de l'évolution de cas semblables.

Atelectasie pulmonaire au cours d'un état toxique du du grand enfant. — M. Le Bosec.

Calcifications multiples du disque intervertébral chez une fillette. — M. Roederer. — Une enfant de 10 ans et demi, au cours de l'été 1944, à la suite d'un bain froid, se plaint de son dos et la douleur s'organise, se fixe et devient atroce à certains moments. une radio faite huit mois après montre une opacité en forme d'amande de plusieurs disques lombaires et dorsaux. Un an après, de nouveaux disques sont touchés, mais les premiers atteints se libèrent, la souplesse revient, la douleur a totalement disparu. Traitement salicylé suivi depuis le début.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 15 février 1946

Un cas d'hémorragie dans la gaine du grand droit. — M. Bovier. — L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 50 ans qui, au décours d'une grippe, à l'occasion d'une quinte de toux, a présenté un syndrome douloureux abdominal similant une occlusion intestinale.

L'intervention montra l'existence d'un volumineux hématome dans la gaine du grand droit.

Guérison sans incident. L'auteur rappelle quatre cas analogues dont deux survenus au cours de la fièvre typhoïde. Il insiste sur la sensation, au palper, de tumeur superficielle. Il pense qu'il est inutile d'inciser la gaine du muscle et qu'il est rare d'être obligé de pratiquer l'hémostase. Il a observé un cas qui a évolué vers la suppuration.

Epithélioma sténosant de la première anse jéjunale, opération, guérison. — M. Le Gac. — Un malade a des vomissements bilieux abondants et des signes de sténose sous-vatérienne. L'examen radiologique montre un obstacle au niveau de la première anse jéjunale avec niveau liquide.

L'intervention montre qu'il s'agit d'un cancer sténosant voisin de l'angle duodénal-jéjunal. On rencontre des difficultés opératoires dues à la nécessité de mobiliser l'angle duodéno-jéjunal pour pouvoir faire la résection et extérioriser la lésion.

Arthrites chroniques de la hanche chez des syphilitiques. — M. Roederer. — La question des arthrites syphilitiques est assez mal élucidée. En marge des coxarthries qui évoluent, sans doute, souvent sur un terrain syphilitique, des arthrites bilatérales des syphilis congénitales, de certaines gommes épipbysaires et des arthropathies tabétiques, combien de fois la syphilis peut-elle être mise en cause et quel est exactement son comportement ?

L'auteur montre trois cas cliniques d'arthrites de la hanche : l'une répond, très probablement, à une arthropathie ; une autre, à une forme d'arthrite demeurée très douloureuse pendant dix ans sans tabès avéré ; la troisième répond à une arthrite chez une syphilitique bien traitée et blanchie depuis des années, qui avait tous les caractères cliniques d'une coxalgie (douleur, empâtement, contracture) ainsi que les caractères radiologiques (destruction du pôle de la tête, pincement, érosion du cotyle). La rapidité de cette forme fut remarquable, avec fonte osseuse en six mois limitée à l'hémisphère supérieur et réaction ultérieure de l'hémisphère inférieur, sans qu'il y eut jamais décalcification massive comme dans le tabes.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

Séance du 11 janvier 1946

Un nouveau cas d'hypertension artérielle à forme pseudo-tumorale. Hémorragie cérébrale terminale. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel et J. Andreani. — Chez une malade de 62 ans, hypertension artérielle élevée (jusqu'à 30 mx, 19 mm), sans insuffisance cardiaque ou rénale évidente, avec syndrome pseudo-tumoral : céphalées violentes, vertiges, obnubilation, accidents d'œdème encéphalique, rétinite, hypertension rachidienne avec dissociation albumino-cytologique permanente (albuminorachie : 2 gr. 80). Mort par hémorragie cérébro-méningée après quelques mois d'observation.

Tétanie et cataracte hypoparathyroïdiennes chez un adulte. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel et J. Andréani ont observé, chez un homme de 51 ans, un syndrome d'hypoparathyroïdie caractérisé par une tétanie chronique spontanée associée à une cataracte bilatérale et à une hypocalcémie marquée (0 gr. 076 p. 1.000). Le malade présente une diarrhée chronique postamibienne : faut-il y voir la cause des troubles métaboliques et endocriniens ? A signaler l'existence d'anomalies transitoires des complexes électrocardiographiques après la crise de tétanie.

Fièvres d'habitude et antithermiques. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel et Y. Favier. — Vers la fin d'un certain nombre de pyrexies, on est parfois surpris de constater une véritable discordance entre l'amélioration clinique et la persistance d'un état fébrile souvent important. Cette « fièvre d'habitude » est particulièrement sensible aux antithermiques purs (pyramidon, cryogénine) à faibles doses, qui entraînent l'apyrexie définitive après cassure brutale ou défervescence rapide de la courbe.

Hémorragie méningée cataméniale. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel et J. Andreani. — Hémorragie méningée curable survenue en période cataméniale chez une femme de 45 ans qui présentait depuis 18 mois des céphalées paroxystiques apparaissant avec une régularité absolue à chaque période prémenstruelle. Oligoménorrhée concomitante. Les auteurs estiment qu'il s'est agi d'un syndrome d'hyperfolliculinisme préménopausique qui, entraînant à chaque période prémenstruelle une vasodilatation considérable des vaisseaux cérébro-méningés, les a fragilisés à la longue, permettant ainsi au raptus méningé de se produire.

Afin d'éviter, les mois suivants, le retour d'accidents peut-être plus dramatiques encore, et vu l'âge de la malade, la castration radiothérapique fut réalisée. Aucun incident ne s'est produit et les céphalées ont depuis complètement disparu.

Typhose mélitococcique avec agranulocytose mortelle. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel et J. Andréani.

Erythème polymorphe survenu au cours d'un traitement de tuberculose pulmonaire par les sels d'or. — MM. J. Vidal, Fourcade et Salager ont observé au cours d'un traitement itératif par les sels d'or un érythème polymorphe, pendant l'évolution duquel la tuberculine-réaction est momentanément devenue négative. La chrysothérapie est paraît-il responsable de l'érythème polymorphe, bien que celui-ci figure rarement parmi les manifestations cutanées provoquées par cette chimiothérapie.

Virage spontané et tardif de la cuti-réaction à la tuberculine. — MM. J. Vidal et Salager ont observé la révélation simultanée de diverses tuberculino-réactions pratiquées pendant plus d'un an sans succès. Ces réactions sont devenues positives en dehors de l'intervention de toute cause provocatrice (primo-infection, vaccination par le B.C.G. ou introduction itérative de tuberculine).

Réactivation à 17 mois, à la fin d'une coqueluche précédée de rougeole, de scarifications au B. C. G. pratiquées à la naissance. — M. H. Gauch.

Quelques caractères du diabète permanent provoqué chez le chien et le lapin par l'injection intraveineuse d'une seule dose d'alloxane. — M. A. Loubatières confirme les expériences princeps de Jacobs et de Dunn. Le comportement général des animaux est divisé en trois périodes : d'intoxication, de transition, de diabète permanent. L'originalité du travail réside en l'étude du diabète permanent. Chez le *lapin*, les symptômes du diabète s'atténuent avec le jeûne. Plus le régime est riche en glucides, plus l'intensité du diabète est grande. Un traitement par la phloridzine d'une durée de 16 ours augmente la tolérance aux glucides. Survie de trois mois sans insuline. Chez le *chien*, le diabète permanent a été produit par seulement 50 mg/Kg. intraveineux. Les symptômes de l'intoxication sont décrits. En outre, l'auteur donne des preuves de l'aggravation progressive du diabète et de la sensibilité à l'insuline. L'attention des chercheurs est attirée sur le fait que l'alloxane est un produit biologique dont la formule est voisine de celles des acides urique et barbiturique.

Les manifestations cutanées de la carence alimentaire dans un groupe de déportés politiques. — M. T. Desmonts. — La diminution de la sécrétion sudorale apparue dès les premiers jours d'internement s'est accentuée avec le froid et la faim et a cédé rapidement après la libération. Les parakératoses diffuses des mains et des membres inférieurs et la parakératose ponctuée ont été assez fréquentes, la pigmentation cutanée du type mélanose de Riehl s'accompagnant de pigmentation des cicatrices mais non des muqueuses. Ces manifestations montrent le retentissement cutané de la carence alimentaire.

Extra-systolie ventriculaire au cours d'une aérophagie avec achlorhydrie gastrique. Guérison par l'hépatothérapie. — M. T. Desmonts a vu un malade de 43 ans atteint d'aérophagie avec achlorhydrie rendant les digestions très pénibles qui présentait, surtout après les repas, de nombreuses extra-systoles ventriculaires, vérifiées par l'électrocardiogramme. L'hépatothérapie a modifié le chimisme gastrique, diminué l'aérophagie et fait disparaître les extra-systoles. L'interruption du traitement a déterminé à trois reprises une recrudescence des troubles digestifs et des extra-systoles qui ont cédé à nouveau à l'hépatothérapie.

Séance du 18 janvier 1946

Sur un cas de polynévrite sévère survenue au décours d'une pneumopathie aiguë traitée par le sulfathiazol. — MM. P. Boulet, J. Charbonneau, J. Rodier et H. Latour rapportent l'observation d'un malade qui présenta au décours d'une pneumopathie aiguë traitée par le sulfathiazol à doses très modérées une polynévrite sévère des membres inférieurs à prédominance motrice avec troubles trophiques importants et qui guérit complètement après six mois d'évolution.

Lobite scléreuse hémoptoïsante et rétractile de nature syphilitique. — MM. P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier et H. Latour rapportent l'observation d'une malade chez laquelle évolue depuis plusieurs années une lobite scléreuse hémoptoïsante et rétractile dont la nature tuberculeuse n'a jamais pu être prouvée (expectoration constamment négative, inoculation au cobaye négative). L'origine syphilitique paraît au contraire très probable, les réactions sérologiques spécifiques étant fortement positives.

Méningites aiguës graves traitées par perfusion veineuse continue à la pénicilline. — MM. J. Boucomont, H. Bosc. H. Latour et J. Dutarte rapportent deux cas de méningites purulentes graves guéries par une perfusion veineuse continue de pénicilline et insistent sur les avantages incontestables de cette méthode. Dans le deuxième cas, en particulier, la perfusion a permis d'obtenir en quatre jours la guérison définitive d'une méningite à pneumocoques qui avait résisté pendant vingt jours à la sulfamidothérapie massive et à la pénicillinothérapie intramusculaire et intrarachidienne.

La pénicilline en perfusion veineuse. — MM. M. Janbon, L. Bertrand et A. Pagès ont appliqué cette méthode à cinq malades. Pour deux d'entre eux (septicémies streptococciques postpuerpérales), l'insuccès paraît dû manifestement à l'instauration trop tardive de la perfusion, après échec de la pénicilline par voie intramusculaire. Par contre, succès évident chez les trois autres malades : une septico-pyohémie postpuerpérale ayant résisté à la pénicillothérapie intramusculaire à hautes doses ; une septicémie streptococcique aiguë avec endocardite ; une staphylococcie maligne de la face avec thrombo-phlébite du sinus caverneux.

Les auteurs précisent la technique de la perfusion, signalent les incidents habituels (thrombose veineuse) et discutent de ses indications.

Deux cas de méningite pneumococcique du nourrisson guéris par pénicillothérapie. — MM. J. Janbon, J. Chaptal. L. Bertrand et A. Bories-Azeau rapportent les observations de deux nourrissons, de deux et trois mois, hospitalisés dans un état préagonique et littéralement ressuscités par l'instauration du traitement pénicillé par voies rachidienne et générale. Le premier fit une rechute due à l'interruption trop précoce de la thérapeutique et qui fut jugulée par la reprise de la seule pénicilline. Le second. d'abord traité par la voie mixte et apparemment guéri, réalisa une rechute sous couvert de la pénicillothérapie intrarachidienne vingt-quatre heures après la cessation des injections intramusculaires. La réinfestation du liquide céphalo-rachidien parut d'abord résister à la pénicilline à nouveau administrée par voie mixte et céda finalement à l'association pénicilline-sulfathiazol. Dans les deux cas la guérison demeure acquise après trois mois.

Les auteurs insistent sur la nécessité, dans les méningites à pneumocoques : *a*) d'une double voie (locale et générale) d'administration de la pénicilline ; *b*) d'un traitement suffisamment prolongé (au moins une douzaine de jours) ; *c*) de l'association sulfamidothérapique à réaliser de préférence avec la sulfadiazine.

L'encéphalite de la coqueluche. Quatre observations. — MM. M. Janbon, J. Chaptal et L. Bertrand.

Mastite mélitococcique. — MM. J. Chaptal, C. Vallat, L. Bertrand et J. Paillet ont observé une femme de 43 ans qui a présenté au cours d'un état fébrile, une augmentation de volume avec induration de la glande mammaire droite et du secteur inféro-externe du sein gauche. Il existait une adénopathie axillaire importante à droite. La notion d'endémie mélitococcique, les conditions de contage évidentes, la positivité de l'intra-dermo réaction à la mélitine, du séro-diagnostic, de Wright, et de l'hémoculture, et surtout la remarquable et rapide efficacité du traitement par les injections intraveineuses de vaccin spécifique, démontrent la nature mélitococcique de cette mastite.

Séance du 1er février 1946

Perfusion de pénicilline par voie sternale. — MM. G. Giraud et T. Desmonts ont utilisé, en cas de difficulté veineuse, la perfusion intrasternale prolongée d'une solution de pénicilline. On évite ainsi toute mutilation veineuse. La perfusion a jusqu'ici toujours paru être aisément supportée par le malade. Il suffit d'une ampoule, d'un stilligoutte interposé sur le tube d'écoulement, et d'une aiguille à ponction sternale, dont on favorise la

fixation au moyen d'une plaque présternale. (Communication faite à la séance du 11 janvier).

Tuberculose ganglionnaire maligne avec prolifération réticulaire métaplasique. — MM. G. Giraud, P. Cazal et D. Brunel. Pleurésie gauche torpide chez un homme de 31 ans, bientôt suivie d'un syndrome polyadénopathique à prédominance médiastino-cervicale et d'une hépato-splénomégalie modérée. Anémie et cachexie progressives. Evolution mortelle en huit mois. Trois biopsies ganglionnaires effectuées en des endroits différents montrent des lésions identiques : caséification massive, sans cellules géantes type Langhans, et forte hyperplasie réticulaire avec mitoses et cellules du type Sternberg.

Bronchite sanglante de Castellani guérie par la pénicilline. — MM. G. Giraud, P. Cazal, R. Loubatières, D. Brunel ont observé un syndrome typique de cette maladie évoluant depuis deux ans et demi chez un Tunisien de 34 ans. Très nombreux spirochètes dans les crachats. Divers traitements avaient été tentés sans résultat. Administration de pénicilline par voie intramusculaire : 50.000 unités par jour pendant cinq jours. Dès le premier jour, le sang disparaît de l'expectoration, puis celle-ci se tarit. La maladie n'a pas récidivé par la suite.

Erythémie subleucémique avec splénomégalie géante. — MM. G. Giraud et P. Cazal. Syndrome polyglobulique franc apparaissant chez une femme de 70 ans, avec hépatomégalie et énorme rate mesurant 30 cm. sur 18, et plongeant derrière le pubis. La ponction splénique montre une métaplasie myéloïde complète avec érythroblastose et myélocytes abondants. Quelques myélocytes existent aussi dans le sang. Mort par lithiase rénale avec anurie. Cette affection entre dans le cadre de l'érythrémie subleucémique décrite par Aubertin.

Maladie de Biermer atypique se présentant comme une cachexie endocrinienne. — MM. M. Janbon et L. Bertrand relatent l'histoire d'une malade de 34 ans dont l'allure clinique en imposait pour une cachexie endocrinienne : maigreur extrême, anorexie, asthénie, aménorrhée, chute des cheveux et des poils, tendance aux œdèmes, mélanodermie, sans déglobulisation appréciable. Après échec de toutes les tentatives opothérapiques, un myélogramme mit en évidence une intense mégaloblastose, redressant ainsi le diagnostic. L'hépatothérapie intensive rectifia rapidement l'état de la moelle osseuse et transforma complètement la malade en faisant disparaître en trois mois tous signes endocriniens.

Granulomatose maligne à début pharyngé. — MM. M. Janbon, J. Chaptal et L. Bertrand rapportent une observation dans laquelle l'affection débuta, chez un homme de 64 ans, par une angine ulcéreuse, accompagnée d'adénopathies cervicales modérées et d'un état subfébrile. Les biopsies, intéressant les amygdales pharyngée et linguale, permirent un diagnostic précoce que confirma l'évolution ultérieure, rapidement mortelle en six mois. Histologiquement, il s'agissait d'une maladie de Hodgkin à forme réticulaire, que l'on peut considérer comme un cas frontière entre la réticulose granulomateuse hodgkinienne et la réticulose histio-monocytaire pure.

Leucémie subaiguë à monocytes chez un tuberculeux pulmonaire et ganglionnaire. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, P. Cazal et L. Bertrand. — Un homme de 35 ans, alors prisonnier en Allemagne, présente un fléchissement progressif de son état général, à l'occasion duquel sont constatées des anomalies sanguines. Après sept mois, revenu en France, il s'avère atteint d'une tuberculose pulmonaire ouverte. Trois mois plus tard apparaissent des douleurs articulaires, des adénopathies cervicales, une pyrexie élevée et en dernier lieu, de petites tumeurs cutanées. Dans le sang (dont le chiffre leucocytaire est normal) la moelle osseuse et la rate, on trouve 70 p. 100 environ d'éléments histio-monocytaires anormaux de divers types. Les biopsies ganglionnaires, spléniques et cutanées mettent en évidence une hyperplasie histiomonocytaire de base ; dans les ganglions, qui tuberculisent le cobaye, on trouve en outre des lésions tuberculeuses caractéristiques. A la phase terminale, les autres gîtes ganglionnaires s'hypertrophient à leur tour, ainsi que la rate et le foie ; le nombre des leucocytes sanguins s'élève à 105.000 ; le malade meurt après une flambée purpurique. L'évolution totale a duré un an.

Les auteurs discutent de la place de cette hémopathie maligne dans le groupe des affections dites « leucémies à monocytes » et de ses relations avec la tuberculose associée.

Un nouveau cas de brucellose guéri à la suite d'une intradermoréaction à la mélitine. — MM. M. Janbon, L. Bertrand et A. Pagès, rapportent l'observation d'un homme de 64 ans, dont la maladie s'était présentée au début comme une pneumopathie aiguë. Au troisième mois, l'injection intra-dermique de mélitine déchaîne une réaction intense : aspect pseudo-phlegmonneux de l'avant-bras avec vaste phlyctène centrale ; lymphangite et adénite axillaire douloureuse. Les phénomènes ne cèdent qu'au bout d'une dizaine de jours, mais amènent la disparition de tous les symptômes douloureux et l'apyrexie définitive.

Forme appendiculaire de la maladie de Bouillaud. — MM. Etienne, Lescure, Brunel. Enfant de neuf ans, porteur d'une insuffisance aortique et ayant subi une appendicectomie pour syndromes douloureux, de type appendiculaire et fébrile. Lésions d'appendicite ulcéreuse avec caillot, se détachant de l'ulcération et moulant la lumière. Evolution persistante avec fièvre, fluxions articulaires ayant cédé très vite au salicylate, mais constitution quelques jours après d'une maladie mitrale et d'un rétrécissement aortique. Devant le type particulier de la lésion, la possibilité d'une appendicite rhumatismale est à envisager.

Apparition simultanée d'une aphasie motrice et d'un œdème aigu du poumon chez une hémiplégique droite atteinte de maladie de Hodgson. — MM. P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier et F. Boyer apportent l'observation d'une malade atteinte de maladie de Hodgson, et d'hémiplégie droite sans aphasie, chez laquelle une poussée hypertensive a déclenché l'apparition presque simultanée d'une anarthrie et d'un œdème aigu du poumon. Le traitement de chacun de ces syndromes n'était pas sans présenter des éléments contradictoires. Une petite spoliation sanguine immédiate, un traitement toni-cardiaque et des inections intraveineuses de novocaïne permirent d'obtenir la disparition des deux processus morbides, conséquence de la poussée hypertensive.

Syndrome controlatéral du carrefour sous-thalamique chez un syphilitique porteur d'un anévrysme aortique. — MM. P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier et F. Boyer, apportent l'observation d'un malade porteur d'un hémi-syndrome cérébelleux gauche, d'un hémi-syndrome extra-pyramidal gauche, d'un hémi-syndrome pyramidal gauche, d'une hémianopie homolatérale gauche avec troubles de la sensibilité subjective dans le membre inférieur gauche. Ce syndrome s'est installé progressivement échelon par échelon et paraît en rapport avec un petit foyer de ramollissement dans le territoire vasculaire du pédicule rétro-mamillaire droit.

INTERETS PROFESSIONNELS

Communiqué du Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins

Au cours de sa séance du 4 avril, le Conseil a émis les deux vœux suivants :

1° Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Seine devant l'ordonnance du 19 octobre 1945 :

Les Membres du Conseil de l'Ordre des Médecins de la Seine, élus le 3 mars 1946, tiennent à faire connaître, dès leur entrée en fonctions, l'opinion clairement exprimée par la quasi-totalité de leurs électeurs qui représentent le quart du Corps médical français, quant aux répercussions possibles de l'application de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Le Conseil de l'Ordre, auquel l'article 19 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 confie la défense de l'honneur et de l'indépendance du Corps médical, tient à déclarer solennellement, comme l'avait déjà fait le Conseil provisoire, que l'ordonnance du 19 octobre 1945 n'est pas compatible avec les principes de la médecine traditionnelle.

Dans ces conditions, il approuve pleinement l'attitude de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine et l'ordre du jour voté le 31 mars 1946 par l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats Médicaux Français.

2° Vœu concernant la composition de la Commission d'épuration et l'appel possible des décisions de cette Commission :

Le Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins :

Considérant,

Qu'à la suite d'élections régulières, le Conseil de l'Ordre des Médecins, tant juridictionnel qu'administratif, s'est également constitué ;

Qu'il apparaît conforme au principe de la légalité républicaine basée sur l'élection de lui réserver l'instruction et le jugement de tous les faits relevant de l'épuration professionnelle ainsi qu'il est procédé pour les avocats, conformément aux ordonnances des 27 juin et 6 décembre 1944 ;

Emet le vœu :

Que tous les faits relatifs à l'épuration professionnelle soient dorénavant instruits sur plainte des Pouvoirs publics et des Conseils départementaux et, le cas échéant, jugés et sanctionnés, comme en matière disciplinaire, par les Conseils régionaux avec recours devant le Conseil National.

Chambre Syndicale des Médecins de la Seine

L'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, après étude et discussion de l'ordonnance du 19 octobre 1945, sur la Sécurité sociale :

1° S'engage à présenter au Gouvernement des propositions concrètes qui soient de nature à apporter tous apaisements à l'Administration et aux Caisses, toute sécurité aux assurés sociaux, en conservant toutefois à l'exercice de la médecine, les garanties indispensables :

Secret professionnel ;
Libre choix ;
Liberté de prescriptions ;
Entente directe.

2° Procède, dès le 31 mars 1946, à la constitution de la Commission confédérale chargée d'établir ces propositions ;

3° S'engage à appliquer, sauf cas exceptionnels, les honoraires syndicaux à tous les assurés sociaux qui ne sont pas dans une situation notoirement aisée, tout dépassement injustifié ou abus devant être déféré devant la juridiction professionnelle. nelle.

Ces honoraires, proposés par les Syndicats médicaux et approuvés par la Confédération des Syndicats Médicaux Français, seront communiqués par celle-ci à la Commission Nationale Tripartite ;

4° Décide que la signature des conventions sera différée dans l'état actuel du texte de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Chambre syndicale des Médecins de la Seine

A propos du ravitaillement

Les médecins de la Seine, émus de l'état de santé de plus en plus précaire qu'ils constatent dans l'ensemble de la population, diminution de résistance aux infections qu'ils observent principalement chez les enfants, chez les vieillards et, d'une manière générale, chez tous les isolés qui ne bénéficient pas des avantages accordés aux diverses collectivités, protestent énergiquement auprès des pouvoirs publics, contre les scandales croissants du ravitaillement.

La prolongation des restrictions alimentaires pendant plusieurs années consécutives met en danger l'avenir de la nation représenté par ses plus jeunes générations.

La Chambre syndicale des Médecins de la Seine demande au ministre de la Santé et de la Population de prendre d'urgence en mains la défense de la santé publique pour améliorer la situation alimentaire des populations urbaines, gravement menacée par le régime de famine (1.320 calories) au lieu de 2.200.

A propos de la lutte contre l'alcoolisme

La Chambre syndicale des Médecins de la Seine :

Constate, qu'au moment où les aliments les plus nécessaires manquent à la population et notamment aux enfants, les pouvoirs publics ont levé la limitation imposée à l'ouverture des débits de boisson ;

Constate que cette mesure ne peut qu'augmenter les nécessités de transport pour les boissons alcoolisées aux dépens des denrées indipensables, notamment les produits laitiers, la viande, les pommes de terre.

Affirme que l'augmentation de la consommation des boissons par une population sous-alimentée ne peut qu'entraîner une diminution de la résistance des travailleurs, une réduction importante de leur rendement travail et une augmentation considérable des maladies, notamment des maladies digestives, mentales et vénériennes ;

Proteste, en conséquence, contre cette mesure qui va à l'encontre de toute la politique sanitaire, économique et sociale actuellement reconnue par tout le monde comme indispensable.

INFORMATIONS
(Fin)

LEGION D'HONNEUR

Education nationale

OFFICIER : Dr Féret, inspecteur général de l'hygiène scolaire et universitaire ; Dr André Forster, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Santé publique

OFFICIER : Dr Sourdeau, au Mans.

CHEVALIER : Pr Pierre Combemale, doyen de la Faculté de médecine de Lille ; Dr Henric, à Marseille ; Dr Léger, à Saint-Valery-sur-Somme ; Dr Luttwig, à Mende ; Dr J.L.M. Boyer, à Paris.

Médaille d'honneur du Service de santé

MÉDAILLE D'OR : Les professeurs Lemierre (Paris), Savy et Tixier (Lyon).

MÉDAILLE DE VERMEIL : Les médecins généraux Abadie (Maroc) et Voncken (armée belge), les médecins lieutenants-colonels Jehl (13e rég.), Quentin (Rennes) et Bonjean (Maroc).

MÉDAILLE D'ARGENT : Les médecins colonels Dutrey et Ferrabouc (Paris); le médecin lieutenant-colonel Rey.

MÉDAILLE DE BRONZE : Le médecin lieutenant Peretti (Alger) ; le médecin lieutenant Gandar.

Médaille des épidémies

MÉDAILLE EN OR (à titre posthume) : Médecin capitaine Albes (René) de la 10e région.

Récompenses pour actes de courage et de dévouement

Défense passive

(Manche)

MÉDAILLE D'ARGENT de 1re classe (à titre posthume : Le Dr Deslandes, à Cherbourg.

MENTION HONORABLE : Le Dr Guillard, à Coutances.

LETTRE DE FÉLICITATIONS : Le Dr Fauvel, à Coutances.

(Finistère)

MÉDAILLE D'ARGENT : MM. les Drs Barbaro et Mignard (Brest).

MÉDAILLE DE BRONZE : Lucas (Saint-Pierre-Quilbignon), Mendic (Saint-Pol-de-Léon).

MENTION HONORABLE : MM. Guilherm, Kerbiriou et Nicolet, interne des hôpitaux de Brest.

LETTRES DE FÉLICITATIONS : MM. les Drs Delalande, Kerbrat et Viet-Villeneuve (Brest); M. Cleach, interne des hôpitaux de Brest.

(Mayenne)

MÉDAILLE DE BRONZE : MM. les Drs Amandrut, Aubin, Corlay, Griveaud, Jondeau, Mer, Orfail, Poty, Quetin.

MENTION HONORABLE : MM. les Drs Berthet, Callier, Durieux, Laclotte, Lechertier, Soutra.

LETTRE DE FÉLICITATIONS : M. le Dr Lefèvre.

(Calvados)

MÉDAILLE DE VERMEIL : M. le Dr Touraille (d'Isigny).

MÉDAILLE DE BRONZE : MM. les Drs Detrois (Trouville), Flon (Clos), Lafond (Colombelles-Mondeville), Maugeais (Caen), Poulain (Blainville).

MENTION HONORABLE : M. le Dr Clot (Fleury-sur-Orne), à titre posthume.

MM. les Drs Aumond (Caen), Benoist (Courseulles), Mlle Danjou (Caen), Duncombe (F.) et Fougeray, chirurgiens-dentistes à Caen ; MM. les Drs Fontaine, Frilley, Guesdon, Le Bars, Lemarinier, Lesbroussart, Mabille, Martin, Olivier (de Caen) ; MM. Duncombe (F.-A.) Gauberti, Mlle Kœbel, MM. Langeard, Lefrançois, Lerosey, Le Poultier, Mlle Repussard, M Tartar, interne à Caen ; M. Spindler, pharmacien à Trouville.

Santé publique

Ordre national des pharmaciens

Une loi du 8 avril 1946 (J. O. 9 avril 1946) modifie l'ordonnance du 5 mai 1945 instituant l'Ordre national des pharmaciens et prévoit dans le Conseil central des pharmaciens d'officine, un pharmacien

d'officine destiné à représenter les pharmaciens d'officine des départements d'Alger, Constantine et Oran.

Assistantes sociales et infirmières ou infirmiers

Une loi du 8 avril 1946 (J. O. 9 avril 1946) est relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires du service social et d'infirmières ou infirmiers. Cette loi exige, sauf dérogations, le diplôme d'Etat exigé depuis le décret du 12 janver 1932.

Concours spécaux de médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants des hôpitaux relevant des administrations de l'A. P. à Paris, Marseille et de l'administration des hospices de Lyon. — Un arrêté en date du 11 avril 1946 (J. O., 13 avril 1946), modifie l'arrêté du 11 mars 1946 relatif à ces concours réservés aux candidats qui, du fait de la guerre, n'ont pu se présenter aux concours organisés entre la date de l'ouverture des hostilités et le 11 avril 1946. Ces concours seront considérés comme des concours supplémentaires et, de ce fait, n'entreront pas en ligne de compte pour le calcul du nombre maximum de concours auxquels peuvent se présenter les candidats en vertu de la réglementation en vigueur.

Centres régionaux de lutte contre le cancer. — Un arrêté du 5 avril 1946 prescrit la centralisation des renseignements médicaux recueillis par les centres régionaux de lutte contre le cancer. Cette centralisation est assurée par l'Institut national d'hygiène.

Prophylaxie de la variole. — A titre temporaire, toute personne arrivant en France et venant du Maroc, par voie maritime ou aérienne, doit être munie d'un certificat de vaccination contre la variole, visé par l'autorité sanitaire au lieu du départ.

Produits stupéfiants. — Un arrêté du 12 avril (J. O., 18 avril 1946), limite la fabrication et la distribution des produits stupéfiants (alcaloïdes de l'opium et de la feuille de coca et leurs sels dérivés).

Commission centrale d'assistance. — Sont nommés membres de la commission, MM. les Drs Blechman, Duval-Arnould, Lereboullet (Jean), Rieu, Touyeras.

Economies. — Un décret en date du 11 avril 1946 (J. O., 12 avril 1946), annule une somme de 1.688.181.000 francs sur les crédits ouverts au ministre de la Santé publique au titre du budget général de l'exercice 1946 par la loi du 31 décembre 1945 et par des textes spéciaux.

En outre, les autorisations d'engagements de dépenses sont diminuées d'une somme de 146.525.000 francs.

Enfin sont supprimés 544 emplois à l'administration centrale et dans les services extérieurs.

Centre d'éducation sanitaire de Strasbourg. — M. le Dr Albert Rohmer, chef de clinique de pédiatrie à la Faculté de Médecine de Strasbourg, est nommé directeur du Centre d'éducation sanitaire de Strasbourg s'étendant aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle.

Inspecteurs de la Santé. — Un décret du 4 avril 1946 (J. O., 6 avril 1946), fixe les traitements des inspecteurs généraux de la Santé et de la Population, des inspecteurs de la Population, des médecins et pharmaciens inspecteurs de la Santé.

Bourses pour les élèves sages-femmes. — Un décret du 18 avril 1946 (J. O. 19 avril), porte à 26.400 francs par an le montant maximum des bourses d'élèves sages-femmes précédemment fixé à 13.200 francs par le décret du 15 juin 1945.

Education nationale

Examen de culture générale. — L'examen de culture générale prévu par l'ordonnance du 8 août 1945 pour l'accession au diplôme d'Etat de docteur en médecine des docteurs munis du diplôme d'Université a fait l'objet d'un décret fixant les épreuves et le programme (J. O., 5 avril 1946).

Organisation technique des services de médecine préventive de l'enseignement supérieur. — Un décret en date du 11 avril 1946 (J. O., 12 avril), étend les mesures de contrôle médical à tous les étudiants et élèves des établissements d'enseignement supérieur.

Le décret prévoit le mode d'examen périodique auquel sont soumis les étudiants des Facultés et établissements d'enseignement supérieur, il prévoit également des sanctions envers les étudiants qui ne se soumettraient pas à l'examen périodique.

Dans chaque université, il est institué un Comité de médecine préventive. Les services sont dirigés, sous l'autorité du doyen de la Faculté de médecine ou du directeur de l'Ecole de médecine, par un médecin chargé des fonctions de directeur technique de la médecine préventive de l'enseignement supérieur.

Hygiène scolaire. — Sont titularisés dans les fonctions de médecin inspecteur régional de l'hygiène : M. le Dr Malbos (Montpellier) et M. le Dr Fimbel (Toulouse).

Hygiène scolaire et universitaire. — M. le Dr Daron, délégué dans les fonctions de médecin inspecteur régional par l'Académie de Bordeaux, est titularisé.

Armées

Val-de-Grâce. — M. le médecin général Hugonot est nommé directeur de l'Ecole d'application du service de Santé à Paris.

Croix-Rouge Française. — Un arrêté en date du 3 avril 1946 porte relèvement de l'indemnité journalière allouée aux infirmières de la Croix-Rouge française en service dans les formations hospitalières des armées de terre et de mer.

Marine

Sont promus au grade de médecins de 1re classe : MM. Bondet de la Bernardie, Cloatre et Curet.

Au grade de médecin de 3e classe : M. Perrouty.

Travail

Nomenclature. — Un arrêté en date du 1er avril supprime les dispositions des articles 21, 22 et 23 de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens, chirurgiens-dentistes, spécialistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux relatives à la visite du dimanche et à la visite de nuit.

Congrès national de l'Aviation française. — Le Congrès national de l'Aviation française s'est tenu à la Sorbonne du 16 au 26 avril 1946. Il a consacré quatre jours aux séances de travail de la section de médecine aéronautique.

L'Association d'études physio-pathologiques du foie et de la nutrition tiendra sa deuxième séance à Vichy, le samedi 18 mai, sous la présidence du professeur Loeper.

Sujet à l'étude : « Séquelles des ictères infectieux ».

Société médicale d'Aix-les-Bains. — La prochaine réunion scientifique de la Société médicale d'Aix-les-Bains, avec le concours de la Ligue française contre le rhumatisme, aura lieu le dimanche 9 juin 1946, à l'Etablissement thermal d'Aix-les-Bains.

Sujet. — Le traitement chirurgical et orthopédique des rhumatisants en milieu thermal.

Rapporteur : J.-J. Herbert.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Baumgartner, secrétaire de la Société médicale, place Carnot, à Aix-les-Bains.

Comité national de l'Enfance. — L'Assemblée générale aura lieu le jeudi 2 mai 1946 à 9 h. 45, au ministère de la Santé publique, sous la présidence de M. Lestré, membre de l'Académie de médecine. Elle sera suivie de deux séances consacrées au service social scolaire, à 10 h. 30 et 15 heures, dans la salle des commissions de la Santé publique, 7, rue de Tilsitt.

Femmes et enfants de médecins, F. E. M. — Réservez, dès maintenant, la date du dimanche 19 mai, pour participer à la garden-party qui sera donnée dans le cadre magnifique de la Maison des Alliés, 33, faubourg Saint-Honoré, à 16 heures, au profit des orphelins du Corps médical, secours par la F. E. M.

Attractions de qualité, vedettes du théâtre, de la danse et de la radio. Thé dansant, défilé de mannequins de haute couture, vente aux enchères à l'américaine, etc., etc. Entrée : 250 francs.

Nul doute que le Tout-Paris médical ne se donne rendez-vous à cette fête qui doit être une des premières manifestations de la grande saison de Paris.

Pour les enfants déficients

L'Assemblée générale annuelle de l'**Œuvre de la Réadaptation de l'Enfant et des Centres sociaux de Rééducation**, s'est tenue le 4 avril 1946, 13, rue de l'Ancienne-Comédie, sous la présidence du Dr de Parrel. Après approbation du rapport moral et du rapport financier, Mme Louise Ma-

tha-de Parrel, Fondatrice-Directrice générale des Centres sociaux de Rééducation, a présenté le bilan de l'activité de ces Etablissements pendant l'année 1945. Le nombre des enfants traités a été de 204, dont 54 déficients de l'intelligence et de la motricité, 24 mongoloïdes, 34 sourds et sourds-muets, 40 dyslaliques et dysphoniques et 52 incoordonnés psycho-moteurs du type bégayeurs ou bredouilleurs. Le pourcentage des améliorations a été très large. Mme Matha a présenté quelques enfants particulièrement intéressants à cet égard. Le nombre des séances individuelles de rééducation a dépassé 40.000 au cours de l'année 1945. Quant aux séances collectives de coordination psycho-motrice, qui groupent 40 à 50 élèves, et qui durent 2 h. 30, elles ont eu lieu chaque matin pendant les dix mois de l'année scolaire. De tels chiffres font ressortir les hautes qualités des services que rendent à l'enfance entravée les Centres sociaux de Rééducation G. de Parrel, malgré les difficultés matérielles inhérentes à l'après-guerre. On ne peut que souhaiter l'extension d'une telle organisation médico-sociale de récupération humaine, sous couvert d'une coopération plus active des collectivités et des administrations intéressées.

La Fondation Georges Rénon

Par une lettre collective qui vient de leur être adressée, les internes et anciens internes des Hôpitaux de Paris ont eu la confirmation qu'une propriété leur était destinée en tant que maison de convalescence et de repos. Il s'agit de la Fondation Georges Rénon.

La belle réalisation que constitue le groupe hospitalier de Niort, connue de beaucoup de médecins, tant en France qu'à l'étranger, aurait suffi à assurer le souvenir de Georges Rénon comme celui d'un remarquable praticien et d'un grand homme de bien. Mais, restant fidèle à l'action sociale et à la bonté agissante de son mari, Mme G. Rénon a tenu à faire a l'Association des internes et anciens internes des Hôpitaux de Paris, la donation d'une magnifique propriété, « Le Marquisat », idéalement situé à quelques kilomètres de Pau ; et depuis plus de deux ans, elle y a accueilli en moyenne deux ou trois médecins convalescents, afin de trouver la formule qui permettrait l'accueil régulier, à la Fondation, des internes et anciens internes des Hôpitaux de Paris qu'une maladie grave ou le surmenage obligeraient à plusieurs mois de repos ou de convalescence. Il a même été convenu que, dans la limite des places disponibles, des externes et des étudiants en médecine, voire même des fils de médecins, pourraient également y être reçus.

C'est dans un cadre de luxe discret et de beauté que Georges Rénon avait su ménager pour y terminer ses jours, mais dont il ne put profiter que pendant de trop brèves années ; c'est en contemplant ce grandiose paysage pyrénéen ou en puisant des distractions dans les quelques 2.000 volumes de la bibliothèque, que des étudiants ou des médecins pourront trouver là, dans des conditions matérielles parfaites, des possibilités idéales de repos et de convalescence, et avoir l'impression inestimable d'être les hôtes d'élection de l'ancienne et noble demeure.

Cours

Faculté de Médecine de Paris

Un cours gratuit d'hygiène scolaire aura lieu au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de Médecine (21, rue de l'Ecole-de-Médecine, escalier D, 2e étage), du 29 avril au 29 mai 1946, les lundis, mercredis et vendredis, de 17 heures à 18 h. 30 (le 1er mai excepté).

Trois visites seront faites, le matin, à des dates fixées ultérieurement.

En outre, des démonstrations d'éducation physique seront données les samedis 4, 11 et 18 mai, a l'Institut d'éducation physique de l'Université de Paris, 1, rue Lacretelle (Métro porte de Versailles), de 14 h. 30 à 16 heures.

Ce cours s'adresse aux étudiants et docteurs en médecine qui s'intéressent à l'hygiène scolaire. Pour les médecins, il constitue une préparation aux fonctions de médecin inspecteur des écoles. Les étudiants de 5e année pourront considérer la première partie comme un complément du cours élémentaire d'hygiène.

Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène, tous les jours, de 15 à 17 heures, sauf le samedi.

Conférence de perfectionnement de l'internat en pharmacie. — M. le Professeur Valette fera, le dimanche 5 mai, à 10 heures, à l'amphithéâtre de clinique chirurgicale du groupe hospitalier Necker-Enfants Malades, 149, rue de Sèvres, une conférence sur le sujet suivant : Les problèmes actuels de la transfusion sanguine.

Prochaines conférences. — 19 mai, M. Moreau : Quelques acquisitions nouvelles en thérapeutique. — 16 juin, M. Truhaut : Les moyens chimiques de lutte contre les ectoparasites de l'homme.

Le doyen Henri Roger

Très affaibli depuis quelques mois, le professeur H. Roger est décédé le vendredi 19 avril 1946, dans sa villa, 30, avenue du Parc, à Saint-Leu-la-Forêt (S.-et-O.). Il était âgé de 86 ans.

L'ancien doyen de la Faculté de Médecine de Paris avait conservé jusqu'à la fin la lucidité de l'esprit qui lui était familière. Lors de ma dernière visite, dimanche dernier, il me parlait encore des grands problèmes de la recherche scientifique et me faisait remarquer que, de sa fenêtre, il apercevait les coteaux de Sannois où François Magendie avait terminé ses jours, en 1855.

Le service religieux a eu lieu en l'église de Saint-Leu-la-Forêt, sa paroisse, et l'inhumation au cimetière Montmartre dans le caveau de famille, en présence d'une assistance nombreuse, dans laquelle se trouvaient le recteur Roussy, le professeur Hartmann, le professeur Binet et un certain nombre de collègues du maître disparu.

J.-M. Le Goff.

Louis Dupuy-Dutemps (1871-1946)

Le 16 mars s'est éteint, dans la vieille et charmante ville de Cordes où il s'était retiré, le docteur L. Dupuy-Dutemps, qui a tenu une place importante dans l'ophtalmologie française.

Il avait de qui tenir. Si son père se voua à la politique et fit au Parlement une brillante carrière, son grand-père paternel était chirurgien aux armées et se distingua dans la sévère affaire de Miliana, un oncle, le docteur Abadie, ophtalmologiste réputé, jouissait d'une grande renommée. C'est sous ces influences que Louis Dupuy-Dutemps, ses études terminées au collège de Gaillac, où il avait noué une solide amitié avec Cestan, vint à Paris faire ses études de médecine.

Interne provisoire en 1895, titulaire en 1896, il passe successivement dans les services de Gérard-Marchant, Quénu, Raymond et enfin Panas. Il s'attacha surtout a ce dernier, dont il devint le chef de clinique. Mais Panas ne fut pas son seul maître en ophtalmologie, car il trouva auprès de son oncle Abadie une source constante d'enseignement.

Ophtalmologiste des hôpitaux en 1906, il n'avait pas l'espoir d'obtenir un service hospitalier avant de longues années, lorsque V. Morax, pressenti, après la mort de Trousseau, pour être médecin chef de la Fondation ophtalmologique Ad. de Rothschild, désigna Dupuy-Dutemps pour occuper cette importante fonction. Le labeur de Dupuy-Dutemps dans cet établissement, doté en 1912 du plus moderne équipement chirurgical et de nombreux moyens de recherche, l'œuvre scientifique qui y prit son essor, furent pour V. Morax la meilleure justification de son geste.

Président de la Société d'ophtalmologie de Paris pendant la guerre de 1914, Dupuy-Dutemps en devint secrétaire général en 1920 et en 1923 il occupe le service, nouvellement créé, à l'hôpital Saint-Louis. En 1933, il prend sa retraite de l'Assistance publique et, en 1938, abandonne son service actif à la Fondation Rothschild. Son activité scientifique est jalonnée par de nombreuses publications, depuis ses travaux sur la stase papillaire et ceux sur le glaucome, jusqu'aux opérations d'autoplastie qui ont intéressé la fin de sa carrière : blépharoplastie par lambeau cervical tubulé, blépharopexie margino-cutanée, et surtout ce procédé de dacryostomie plastique dont il a pu réunir mille observations en 1932.

Sa santé et les circonstances nées de la guerre contraignirent Dupuy-Dutemps à se retirer enn 1939 dans son pays natal. Grâce à la vigilante tendresse qui veillait près de lui, il put y conserver, presque jusqu'à la fin, une activité qu'il mit, dans les jours sombres de l'occupation, au service de tous les éprouvés, soulageant les détresses, relevant les courages et terminant dignement une vie toute vouée au bien.

Dupuy-Dutemps laisse à ceux qui l'ont approché le souvenir d'un abord exquis. Il unissait une certaine jovialité méridionale de l'espèce la plus fine, une bienveillance naturelle qui s'étendait à tous, et cette absolue simplicité dont se parent parfois les intelligences les plus déliées et les plus hautes cultures. « Quel causeur délicieux », diront de lui les mondains. « Il n'était pas fier », soupireront les humbles. Mais les vieux amis, les camarades d'autrefois, évoquent surtout en lui ce qui ne meurt pas : la droiture de l'âme, la fidélité dans les affections, l'amour désintéressé du métier, et, par-dessus tout, cette charité du cœur sans laquelle rien ne compte et qui, lorsqu'elle se joint aux séductions de l'esprit, leur donne un charme subtil et profond.

Les vieux amis pleurent la disparition de Louis Dupuy-Dutemps, mais ils conservent avec piété son souvenir. Et c'est au nom de tous que l'un d'eux prie ici Mme Dupuy-Dutemps et ses deux fils, dont l'un continue dignement en ophtalmologie les traditions de sa famille et dont l'autre vient de reprendre, après une longue captivité, sa carrière consulaire, de bien vouloir agréer l'expression de sa sympathie douloureusement émue.

Marcel Lance.

Nécrologie

— Le professeur de Nobele, professeur émérite de l'Université de Gand, président de la Ligue nationale belge contre le rhumatisme, ancien président de l'Association de la presse médicale belge, décédé à Gand à l'âge de 80 ans.

— Le Dr Pierre Mazé, conseiller général du Finistère, ancien député, ancien sous-secrétaire d'Etat, décédé à Sizun, à l'âge de 45 ans.

— Le Dr Charles Bourrely, de Montpellier, père d'André Bourrely, étudiant en médecine, fusillé par les Allemands.

— M. Marc Pescarolo, étudiant en médecine a Montpellier, mort en déportation.

— Le Dr Léon-Paul Thévenard, ancien interne des hôpitaux de Paris (1892), ancien chef de clinique de la Faculté, ancien président de la Société des chirurgiens de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, décédé le 10 avril, à Bourges, dans sa 81e année.

— Le Dr Roger Doyen, chevalier de la Légion d'honneur, médaille militaire, croix de guerre 1914-1918, décédé à Paris, le 19 avril 1946.

— Mme Joseph Arrou, née Félix Voisin, décédée le 18 avril 1946. Elle était la mère du regretté Joseph Arrou, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de la Société nationale de chirurgie.

Nous prions ses enfants de recevoir l'expression de notre bien vive sympathie.

LIVRES NOUVEAUX

La Pénicilline et ses applications cliniques, par René MARTIN, F. NITTI, Bernard SUREAU et J. BERROD. Un volume grand in-8° broché de 224 pages, prix 100 francs. Editions Médicales, Flammarion, Paris, 1945. Collection de l'Institut Pasteur.

Voici le premier volume de la Collection de l'Institut Pasteur qui, sous la direction scientifique de Pasteur Vallery-Radot, commence à paraître aux Editions Médicales Flammarion. M. Jacques Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, présente le volume dans une préface de haute tenue. Le rôle joué par M. Tréfouël dans les progrès récents de la chimiothérapie le désignait particulièrement pour faire cette présentation.

Il a été l'un des premiers expérimentateurs de la pénicilline, tandis que les auteurs, avec autant de ferveur que de prudence, faisaient à l'hôpital Pasteur des essais dont les lecteurs de la « Gazette des Hôpitaux » ont pu l'an dernier constater les résultats concluants.

Toutes les promesses ont été tenues et dépassées.

Dans leur beau volume, rédigé avec la rigueur qui est de tradition dans la grande maison de Pasteur, les Auteurs mettent au point l'histoire de la nouvelle arme thérapeutique. Ils étudient notamment ses indications, sa posologie. Ils mettent enfin en garde contre les abus de la pénicillothérapie qui risqueraient de compromettre l'avenir de l'un des plus grands progrès réalisés dans l'art de guérir.

F. L. S.

La Pénicilline, pharmacologie et thérapeutique, par Raymond TURPIN et P. CHASSAGNE. Un volume grand in-8° de 48 pages, 45 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1945.

Les prédictions de Pasteur sur la bactériothérapie antagoniste sont en cours de réalisation. Pour la première fois, une méthode thérapeutique de grande envergure est fondée sur l'action antibiotique de l'extrait d'une culture vivante d'un Penicillium, le P. notatum. Cette méthode laisse entrevoir de grandes possibilités ; même limité aux résultats acquis, le bénéfice pour la thérapeutique serait déjà considérable.

Dans la première partie de cette monographie qu'ils consacrent à la pénicilline, MM. R. TURPIN et P. CHASSAGNE exposent la préparation, la pharmacodynamie de cette substance encore mal définie. Dans la seconde partie, ils envisagent son utilisation médicale, doses, voies, effets. De nombreuses observations empruntées à la littérature anglo-américaine et française enrichissent les découvertes expérimentales d'exemples pratiques.

Suivant un rythme accéléré, la chimie biologique propose sans cesse au médecin de nouveaux moyens thérapeutiques. Un composé semble donner satisfaction : il est déjà dépassé par un autre. A peine un traité voit-il le jour qu'il mérite d'être remanié.

Il reste à souhaiter que cette monographie qui, fort à propos, vient satisfaire la curiosité de tous ceux qui s'intéressent aux progrès de la médecine, puisse inspirer des applications de plus en plus nombreuses, notre approvisionnement répondant enfin aux exigences de la pratique médicale.

La Pénicilline et ses applications thérapeutiques, par C. LEVADITI, membre de l'Académie de médecine. Un volume de 152 pages avec 65 figures, 170 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1945.

L'utilisation de la pénicilline dans le traitement des processus infectieux est à l'ordre du jour. Au lit d'un malade atteint de septicémie staphylococcique ou streptococcique, de méningite à méningocoque ou à pneumocoque, à évolution grave, et par surcroît, sulfamido-résistant, le médecin aura recours à la pénicilline là où les sulfamides auront échoué. Or, s'il est indispensable de connaître les indications et le mode d'emploi de cette nouvelle médication, afin de l'utiliser à bon escient, il apparaît, pour le moins, utile de ne pas ignorer ce que les recherches récentes nous ont appris au sujet du mode de préparation, de la constitution chimique, des méthodes de dosage, du mécanisme d'action de la pénicilline.

Le but de ce livre est donc de mettre à la portée du médecin praticien l'ensemble de nos connaissances sur la pénicilline sous une forme concise élaguée de tout détail superflu. On n'y trouvera pas de données trop techniques, que seuls ceux qui entreprennent des recherches originales doivent connaître, mais des faits saillants et autant que possible, rigoureusement établis.

Cette monographie comporte deux parties essentielles : La première est consacrée au « Penicillium notatum » et à sa sécrétion antibactérienne, la pénicilline, des problèmes d'ordre biologique y sont sommairement traités, pour autant que leur exposé intéresse le médecin. La seconde partie, plus importante, embrasse l'ensemble des résultats thérapeutiques enregistrés jusqu'à ce jour dans le vaste domaine des processus infectieux. Le mode d'emploi y est exposé comme il convient.

Précis de Virologie médicale, par C. LEVADITI, membre de l'Académie de médecine. Un volume de 250 pages avec 142 figures, 235 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1945.

L'importance des ultravirus en pathologie humaine est considérable. Parmi les maladies infectieuses et contagieuses de l'homme, onze au moins, sont provoquées par les ultravirus filtrables et infravisibles. Citons entre autres, la vaccine-variole, l'herpès, les encéphalites, la rage, la poliomyélite, la fièvre jaune, la psittacose, l'influenza, la lymphogranulomatose inguinale.

Le but de l'auteur est de résumer dans ce « Précis de virologie médicale » les connaissances actuelles concernant les particularités cliniques, l'étiologie, l'histopathologie et l'immunologie de ces processus morbides qu'il a d'ailleurs précédemment exposées pour un usage plus approfondi dans un « Traité des ultravirus ».

Les ultravirus y sont logiquement classés d'après leurs affinités électives à l'égard des divers systèmes tissulaires, en raison de l'origine embryogénétique de ces systèmes : ectodermoses pures, ectodermoses neurotropes, neuroses, infections neuro-organotropes, affections viscérotropes, mésodermoses.

Un chapitre spécial est consacré à la nature, au comportement et à la genèse des ultravirus, enfin des indications sommaires concernant les techniques biologiques, chimiques et physiques, utilisées dans ces recherches, complètent ce précis.

Chirurgie de la main, par M. ISELIN, 236 pages, 81 figures. Masson, 1945.

Ce livre complète l'ouvrage du même auteur consacré à la chirurgie de la main, c'est-à-dire aux plaies, infections et traumatismes fermés de la main. Dans ce deuxième volume, l'auteur étudie la chirurgie réparatrice des traumatismes de la main, travail qui s'adresse spécifiquement aux chirurgiens.

L'auteur passe en revue successivement le traitement des ankyloses articulaires ou osseuses des doigts, les doigts ballants, les pertes de substances osseuses ; les lésions cutanées font l'objet d'un chapitre dans lequel sont discutés et précisés les différents procédés de greffes suivant l'étendue et le siège de la lésion. Les lésions des tendons, les lésions nerveuses de la main et le traitement des paralysies consécutives aux plaies des nerfs. Le remplacement de doigts mutilés et en particulier la reconstitution du pouce, enfin l'appareillage de la main amputée sont l'objet d'une étude précise bien illustrée, qui rendra service à tous les chirurgiens qu'intéresse cette chirurgie difficile et passionnante.

P. L.

Thérapeutique neurologique et psychiatrique, par Paul COSSA, médecin neurologiste des Hôpitaux de Nice, E. LE COQ, électro-radiologiste des Hôpitaux de Nice, H. BOUGEAUT, médecin de la clinique Saint-Luc, à Nice, J.-P. GRINDA, chirurgien des Hôpitaux de Nice. Un volume de 614 pages avec 107 figures, 420 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1945.

L'auteur de ce livre, assisté de ses collaborateurs habituels, s'est inspiré des principes suivants pour faire connaître aux médecins ses possibilités neurologiques et psychiatriques :

Recherche de la clarté et de la précision dans les descriptions techniques ; choix parmi les traitements et explication des raisons de ce choix ; précision des modalités d'application d'un traitement à chaque forme, aucune édiction de règles dont on n'ait autant que possible expliqué les principes physiologiques.

Ce plan exige qu'une part appréciable soit faite à l'exposé des bases cliniques et pathogéniques. Seulement, cet exposé ne saurait être rédigé de façon uniforme : la description détaillée des signes de la paralysie générale ne servirait à rien, puisque les notions étiologiques et pathogéniques seules peuvent guider dans le choix d'un traitement. A l'inverse, au chapitre des sciatiques, il est essentiel d'exposer quels signes cliniques permettent de reconnaître le siège de la lésion, puisque c'est là qu'il faut intervenir et non au siège de la douleur. Les diverses parties de ce livre présenteront donc un développement très inégal des données séméiologiques, étiologiques et pathogéniques propres à chaque affection.

Avant d'étudier, maladie par maladie, dans la partie la plus importante de l'ouvrage, de quelles armes dispose le neurologiste, les auteurs examinent par quels mécanismes le tissu nerveux peut être frappé et par quelles réactions il répond aux agressions pathologiques. Une deuxième partie est consacrée aux techniques instrumentales, la troisième enfin à l'électroradiothérapie des affections du système nerveux ainsi qu'aux principes électro-physiologiques et techniques.


COLLARGOPHÉDRINE
HÉPAVITA·BIODARCINE
SOLUPHÉDRINE
MINERVOL·AURIXÉMA
STRONGÉNOL
ÉPHÉDROCURE
CALYPTOPHÉDRYL
COLLUCROMEX
AÉROCOLYL
ANTALGYL
PANSMACOL
LÉNISÉRUM
AMPHOSTABYL
Laboratoires
M. DE RIVE
Direction et Services Commerciaux
11bis et 13, Rue Levert
PARIS-20e

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 10. — 15 MAI 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr. ; Etranger, 225 et 270 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

L'Anniversaire de la Victoire

Il y a un an, dans une débordante allégresse, la France saluait la Victoire si attendue, si désirée, si chèrement gagnée.

Les médecins n'oublient ni Celui qui les a menés à la Victoire, ni nos fidèles alliés, ni les victimes de la Résistance et de la Guerre.

Sur l'initiative du Corps médical des Hôpitaux de Paris, *ils se sont réunis le dimanche* 12 *mai, à la Faculté de Médecine de Paris, pour rendre un pieux et solennel hommage à la mémoire des confrères morts en déportation en Allemagne ou par le fait des brutalités allemandes.*

Au cours de cette cérémonie recueillie et profondément émouvante, M. le professeur agrégé Desoille a parlé au nom de tous les médecins déportés. M. le professeur Justin Besançon a prononcé l'éloge du professeur Lévy-Valensi ; M. le Dr Huber a lu des notices sur André Cain, Léon Kindberg, M. Hamburger et Mme Getting ; M. le professeur Leveuf a rappelé le souvenir de Jacques-Charles Bloch et de René Bloch ; M. Desvignes a rappelé celui de Prosper Weil.

Enfin le doyen a traduit les sentiments de tous les assistants en remerciant les orateurs et en demandant qu'on n'oublie jamais les atrocités allemandes.

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de l'Externat de liquidation

Liste, par ordre alphabétique, des candidats reçus (chaque nom est suivi du total des points).

MM. Ackermann, René, 41,75 ; Adrian, Jacques, 46 ; Alleno, Georges, 35,75 ; Angelergues, René, 40 ; Arthuis, Michel, 48,50 ; Artus, Jean, 40,75 ; Aubert, Pierre, 39 ; Aussage, Jean, 40,75 ; Azerad, Jacques, 42,75.

MM. Barat, Bernard, 45,75 ; Barbier, Charles, 42,25 ; Baron, Michel, 38,75 ; Barres, Gabriel, 51,25 ; Barthélemy, Pierre, 35,75 ; Bassot, Jacques, 42,25 ; Bastard, Jacques, 43,75 ; Bataille, François, 45,75 ; Beauchet, Michel, 36 ; Beaufour, Albert, 43,75 ; Bellair, Jean, 42 ; Bellanger, Gérard, 39 ; Bénard, Henry, 50 ; Mlle Benoît, Denise, 37 ; Benoît, Philippe, 49,25 ; Bentami, Hamida, 49,5 ; Berge, Denys, 46,25 ; Berge, Yves, 49,75 ; Berger, Simon, 36 ; Besnainou, Roger, 37,5 ; Beynes, Georges, 39,25 ; Biehler, Jacques, 36,5 ; Bilhaud, Michel, 38 ; Biros, Georges, 44,5 ; Blanc, Aimé, 37,75 ; Bléas, Louis, 39,25 ; Bobrie, Jacques, 44,5 ; Bonnet, Dominique, 47,5 ; Bonnet, Georges, 36,5 ; Bonnot, François, 49,75 ; Borde, Jacques, 41,5 ; Boschetti, Robert, 40,25 ; Bouchaud, Jean, 54,75 ; Bouix, Maurice, 37 ; Boulakia, Sauveur, 43,25 ; Bourboulon, Mlle Edith, 48 ; Bourgeois, Charles, 36,5 ; Bourigault, Jean-Jacques, 44,75 ; Boussagol, Claude, 36,25 ; Boussard, Serge, 48,75 ; Boy, Jean, Louis, 38 ; Boyer, François, 38 ; Brack, Michel, 36,5 ; Bracq, Maurice, 45,25 ; Brassier, Edouard, 38,5 ; Bréchot, Claude, 44,5 ; Bretagne, Jean, 46,5 ; Brizon, Marie-Jean, 53 ; Brocheriou, Jean, 41 ; Brunissen, André, 42,25.

MM. Calenge, Georges, 37 ; Calmels, Jacques, 35,5 ; Campos, Roger, 36,25 ; Carette, Claude, 42 ; Carré, Guy, 45,5 ; Casalis, Oric, 43 ; Cassegrain, Charles, 36,25 ; Castanier, Jacques, 44,5 ; Cathala, Henri, 50,5 ; Cauchois, Guy, 37,25 ; Chabrol, Pierre, 45 ; Chaminade, Pierre, 44 ; Champagne, Jacques, 42,75 ; Chardin, Daniel, 36,25 ; Charpentier, Henri, 44,5 ; Chasseuil, Robert, 53,5 ; Chatelin, Noël, 46,75 ; Chazouillères, René, 41,75 ; Chevalier, Hubert, 37 ; Chevalier, Paul, 49,5 ; Chevallier, Etienne, 35,5 ; Chevallier, François, 42,25 ; Chomette, Guy, 38,5 ; Clais, Paul, 37 ; Clay, Roland, 49,25 ; Coiquil, Maurice, 38 ; Colas-Belcour, Jean, 35,75 ; Conraux, Jean, 36,75 ; Conte, Michel, 40,75 ; Cordier, Jean, 40,25 ; Corone, Pierre, 54 ; Cottenot, François, 42,5 ; Coty, Roland, 47 ; Couétoux du Tertre, Michel, 37,75 ; Coulon, Paul, 42 ; Court, Paul, 41,25 ; Couzinet, Georges, 42,25 ; Cozanet, Pierre, 35,75 ; Cugliolo, Paul, 38,25.

MM. Daireaux, Edmond, 41,75 ; Dalibard, Yves, 35,5 ; Daussy, Maurice, 49,75 ; David, Mlle Colette, 43,25 ; Dazzi, Jacques, 45,75 ; Decaudaveine, Jacques, 49,75 ; Degand, François, 42,75 ; Degrange, Touzin, 38,75 ; Delattre, Pierre, 44 , Delcour, Henri, 36,75 ; Deramond, Jean, 43 ; Deramond, Michel, 46 ; Desarmenien, Henri, 44 ; Deschamps, Gaston, 35,75 ; Desnos, Jacques, 35,75 ; Desprairies, Lucien, 40,25 ; Deuquet, Jacques, 43 ; Devallois, Daniel, 56,5 ; Diebold, Charles, 47,75 ; Dinet, René, 53,75 ; Doliveux, Paul, 58,5 ; Dressler, Henri, 37,25 ; Dreyfus, Pierre, 38 ; Dubourg, Alain, 36 ; Dufat, Roland, 39,25 ; Dufau, Jacques, 44 ; Dumay, Georges, 36,5 ; Dupin, Henri, 50,75 ; Dupoux, Pierre, 50 ; Dupré, Pierre, 36,75 ; Duranton, Pierre, 36,5 ; Duvernay, Gilles, 50,75.

MM. Ecalle, Jean-Claude, 42,25 ; Egler, Roljch, 36,5 ; Erard, Henri, 38,25 ; Escourolle, Raymond, 46,75 ; Estager, Jean, 43,25.

MM. Fallies, Jean, 38 ; Faurent, Jean, 36,5 ; Febvre, Henri, 39,5 ; Felisaz, Guy, 38,75 ; Fernet, Jacques, 41,5 ; Ferrier, André, 41,25 ; Flavien, Henry, 35,75 ; Foisy, Raymond, 41 ; Foures, Georges, 40 ; Fourmont, Jean, 38 ; Fournier, Etienne, 42,75 ; Fournier, Henri, 49 ; François, Jean, 37,5 ; Fronteau, Jacques, 46,75.

MM. Gabriac, Jean, 45,5 ; Gaillard, André, 46,5 ; Gallois, Joseph, 37 ; Galoisy, Pierre, 36,5 ; Gamache, Jean, 41,75 ; Gandet, Pierre, 45,5 ; Gandois, Robert, 50,5 ; Gaultier, André, 44,5 ; Gaussen, Louis, 45,5 ; Gauthier Roger, 35,75 ; Gavel, Maurice, 49 ; Gelé, Pierre, 37,25 ; Gimbert, Jean-Louis, 45,25 ; Girard, François, 37,5 ; Girault, Maurice, 38,25 ; Giscard, Robert, 49,75 ; Gonin, Roger, 36,75 ; Gonnet, Roger, 45,25 ; Gottfried, Abraham, 40,5 ; Goestre, Jacques, 46 ; Granon, Raymond, 39,25 ; Grassin, Yves, 41 ; Graveleau, Daniel, 49,75 ; Greninger, Georges, 52,5 ; Gressard, Robert, 42,5 ; Grolier, Pierre, 45,25 ; Gros, Philippe, 44,75 ; Guedeney, Jacques, 49,5 ; Guex, Jean, 49 ; Guibourg, Pierre, 39,75 ; Guignard, Jacques, 39,5 ; Guiguen, 37,5 ; Guillaume, Michel, 39 ; Guillemin, Pierre, 39,5 ; Guillemot, Raymond, 48,25 ; Guivarch, Jean, 47.

MM. Hamery, André, 42,75 ; Hannequin, Michel, 35,75 ; Hazemann, Jean-Jacques, 42 ; Hallez, Jean, 50,25 ; Hallez, Philippe, 44,75 ; Hervé, Michel, 29,75 ; Hillemand, Bernard, 46,75 ; Hincky, Marc, 36,75 ; Housset, Pierre, 36,75 ; Huard, Claude, 46 ; Huart, Michel, 39,25 ; Hugelin, André, 39,75 ; Hulot, Raymond, 37,5.

Mlle Jacquet, Odile, 40 ; MM. Jallut, Henri, 37,5 ; Jaulmes, Bernard, 45 ; Jousset, Michel, 42,25 ; Julien, Paul, 40,5.

MM. Kerner Yves, 44 ; Klein, Michel, 36,5 ; Kohn, Jean, 36,25 ; Krebs, Claude 39.

MM. Lacombe, Jean, 47,5 ; Lagrue, Gilbert, 49,75 ; Lambert, Pierre, 42,5 ; Landmann, Philippe, 38,5 ; Langlade, Jacques, 37,5 ; Languille, Maurice, 39,5 ; Laplanche, Claude, 47,25 ; Laporte, Michel, 36,25 ; Laratte, Claude, 43,25 ; Laufer, Jack, 44,25 ; Laurent, Robert, 40,75 ; Lebrun, Pierre, 46,5 ; Lechaux, Pierre, 41,5 ; Lecomte, Maurice, 40,5 ; Legal-Lasalle, Paul, 36 ; Léger, Jacques, 52,25 ; Lehmann, Mlle Claire, 38 ; Lehmann, Mathieu, 40 ; Lehmann, Pierre, 45 ; Leobardy, Henri de, 40 ; Le Petit, Jean, 40,5 ; Lépine, Jacques, 49,75 ; Lepoivre, Jacques, 36,25 ; Lequesne, Michel, 44,25 ; Leroy, Claude, 42,5 ; Lesage, Maurice, 43 ; Lesne, Maurice, 45 ; Louis, Remy, 40,5.

MM. Maire, Maurice, 36,5 ; Maître, Marcel, 42 ; Malbrant, Maurice, 52,5 ; Maleysson, Claude, 37 ; Mallet, Jacques, 38,75 ; Mallet, Jean, 46,25 ; Mamber, Bertold, 40,75 ; Manière, Maurice, 40,25 ; Marcassus, Jacques, 40,5 ; Marmasse, François, 44 ; Martin, Pierre, 40,75 ; Marty, Robert, 42,25 ; Marel, Ulysse, 39,5 ; Mary, Robert, 42,5 ; Masingue, Jean, 38,25 ; Massias, Pierre, 51 ; Massip, Pierre, 36,5 ; Mathé, Georges 36 ; Maulme, André, 43 ; Maurey, Jacques, 42,5 ; Mauroy, Charles, 37,25 ; Meignan, Gérald, 41 ; Melchior, Jean, 38,75 ; Ménegaux, Jean, 43 ; Mercier, Robert, 40,25 ; Mérot, Claude, 44,75 ; Michel, Augustin, 43,5 ; Michel, Jean, 42 ; Millard, Lucien, 51 ; Millon, Robert, 44,75 ; Miroux, Michel, 42,75 ; Moles, Roger, 46,5 ; Mollaret, Henri, 46,25 ; Moreau, Serge, 36,25 ; Morel, René, 42,75 ; Morvan, Guy, 51,25 ; Mory, Gabriel, 36,25 ; Moullart, Christian, 35,75 ; Mouly, Roger, 49 ; Mugnier, André, 52 ; Murat, Jean, 47.

MM. Namin, Pierre, 36 ; Naudon, Jean, 47,25 ; Navarin, Bernard, 45 ; Naveau, Michel, 40,75 ; Naveau, Pierre, 36,75 ; Nenna, André, 41,75 ; Nicard, Pierre, 42,5 ; Nicolas, Lucien, 38,75.

M. Ouin, Raymond, 44.

Mlle Pagezy, Françoise, 43 ; MM. Pasquier, Charles, 42,75 ; Pasquier, Pierre, 36 ; Paturet, Jean, 47,25 ; Paulhac, Jules, 50,25 ; Paumelle, Philippe, 38,75 ; Pellat, Bernard, 39 ; Pellet, Michel, 51,25 ; Pépin, Jean, 49 ; Pernod, Robert, 47,25 ; Perrier, François, 48,5 ; Perrion, Claude, 40,75 ; Pesnel, Guy, 47,5; Pette, André, 51,5; Peygnaud, Pierre, 40,5 ; Pingusson, Claude, 44 ; Placet, Louis, 48 ; Plantureux, Guy, 38 ; Poirier de Clisson, Bertrand, 36,25 ; Polony, Claude, 46,5 ; Pommier, Maurice, 43,25 ; Porcher, Jean, 41 ; Portier, Jean, 46,25 ; Pouilloux, Jean, 45 ; Pourchez, Jean, 40,25 ; Proisy, Roger, 43,25 ; Proust, Jean, 37 ; Py, Jean, 40.

M. Quennevat, Jean-Claude, 53,75.

MM. Radigon, Philippe, 44,75 ; Ragot, Michel, 36,75 ; Randon, François, 38 ; Reitzer, Jean, 50 ; Renaudie, Albert, 38,5 ; Riet, Guy, 47 ; Rigault, Jacques, 46,25 ; Robin, Jacques, 38 ; Robineau, Jacques, 51 ; Roidot, Michel, 38 ; Rondot, Pierre, 50 ; Ropars, Yves, 37,75 ; Rouillard, Michel, 46,5 ; Rouimi, Georges, 39,5 ; Roux, Albert, 39,5 ; Rovillain, Claude, 35,75 ; Roy, Jean, 46,25 ; Roy, Gérard, 41,75 ; Ruffenach, Jacques, 39,75 ; Rullier, Jean, 36,75.

MM. Saglier, Jacques, 46,25 ; Sakka, Michel, 53,75 ; Sausy, Jean, 39 ; Sauvageot, Alain, 44,75 ; Sauze, Léon, 36 ; Schambacher, Yvon, 41,25 ; Schliecklin, Jean, 44 ; Schlumberger, Jean, 39,5 ; Schœller, Jean, 45,25 ; Schrub, Jean, 44,5 ; Schulmann, Claude, 38,75 ; Seguinot, Pierre, 47,5 ; Sellier, Henri, 43,75 ; Setbon, Emile, 37 ; Simonnet, Gilbert, 37,25 ; Sterboul, Joseph, 49,5 ; Struve, Pierre, 43,5.

MM. Tardif, Jean, 38,75 ; Tassin, Philippe, 36,75 ; Tattevin, Roger, 44,5 ; Ter-Davtian, Roubin, 45,5 ; Testard, Emile, 42,75 ; Thomas, Jean, 39 ; Thomasson, Jacques de, 44 ; Tourgis, Jean, 36,5 ; Triboulet, Jean, 47 ; Thouvenin, Philippe, 42,75 ; Tremblay, Yves 38 ; Tricaud, Jacques, 46,75.

MM. Vacher, Jean, 50,5 ; Valegeas, Pierre, 44 ; Verdet, Roland, 37,5 ; Vergoz, Daniel, 36,5 ; Vieux, Norbert, 41,5 ; Venisse, Claude, 36 ; Vincent, Bernard, 46 ; Vivier, Jack, 41,75 ; Volmat, Robert, 35,75 ; Wajsbrot, Max, 36,75 ; Weil, Bernard, 42,5 ; Wisner, Alain, 43,25.

Concours de médecin des hôpitaux (six places). — Ce concours sera ouvert le lundi 3 juin 1946. Inscriptions du jeudi 9 mai au vendredi 24 mai inclusivement.

Concours d'assistants en médecine des hôpitaux. — Ce concours s'ouvrira le 24 mai 1946. Inscriptions du 6 mai au 16 mai inclusivement.

Un concours spécial pour deux places d'assistant d'oto-rhino-laryngologie s'ouvrira le 7 juin. Inscriptions du 2 au 13 mai inclusivement.

Concours pour trois places d'assistant d'oto-rhino-laryngologie. — Ce concours s'ouvrira le 3 juillet. Inscriptions du 12 au 24 juin inclusivement.

(Voir suite des Informations, p. 222.)


PANTOPON
ROCHE OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON_PARIS


Nouvelle Présentation



CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PALUDISME DE L'ARMEE D'ORIENT (1916-1918)

Son pronostic lointain

Par M. Brelet
Professeur honoraire à l'Ecole de Médecine de Nantes

L'armée d'Orient fut très éprouvée par le paludisme ; en Macédoine, pendant l'été 1916, il y eut une telle explosion de cette maladie que la moitié de l'effectif des troupes françaises fut atteinte (1). Une mission de prophylaxie antipaludique débarqua à Salonique le 30 avril 1917 et travailla si bien que des divisions qui avaient eu, en 1916, 12.260 cas de paludisme n'en eurent plus que 1.883 en 1917 et 574 en 1918 ; la mortalité ne fut heureusement jamais très élevée (2).

Les anciens paludéens de l'armée d'Orient se présentèrent naturellement presque tous devant les Centres spéciaux de Réforme pour demander une pension et j'en ai examiné, à Nantes, plusieurs centaines. Ces expertises furent les plus difficiles de toutes celles que nous eûmes à faire. Le guide-barème des invalidités, publié par le ministère des Pensions, fut complété, pour le paludisme, par l'important décret du 30 mars 1926 ; puis des médecins de l'armée coloniale furent désignés comme sur-experts. Mais il y eut, plus d'une fois, surtout au début, des différences assez considérables entre l'estimation d'invalidité donnée par les experts et celle des Commissions de Réforme et des Tribunaux des pensions (3).

Voici ce que l'on observait le plus souvent : en 1920, 1921, un ancien soldat de l'armée de Salonique arrive au C. S. R.; atteint de paludisme pendant son séjour en Orient, il a été très bien soigné, puis évacué en France aussi rapidement que possible. Il nous dit qu'il a plusieurs fois par an, voire tous les mois, un accès fébrile après lequel il doit se reposer deux ou trois jours ; il nous présente un certificat médical, tantôt très affirmatif et très précis avec date des accès, indication de la température, tantôt rédigé en termes assez vagues. La recherche des hématozoaires au moment de l'accès n'a jamais été pratiquée. A l'examen, on ne trouve très souvent rien d'anormal ; la grosse rate est exceptionnelle, le foie augmenté de volume est plus fréquent, ceci allant avec un peu de subictère (et il faudra revenir sur cet état du foie); poids normal ; l'examen du sang, soigneusement pratiqué par M. le médecin commandant Grenier, montre 4.000.000 au moins de globules rouges, avec un taux d'hémoglobine de 100, parfois de 90,6 à 7.000 globules blancs sans anomalie de la formule leucocytaire ; jamais d'hématozoaires, ce résultat négatif n'ayant d'ailleurs aucune valeur si la recherche est faite dans l'intervalle des accès, ce qui est toujours le cas. Vers 1928, on commença à utiliser la réaction de Henry, plus tard celle de Chorine ; elles n'étaient jamais positives.

Que décider en présence d'hommes alléguant des accès palustres et ne paraissant pas présenter de lésions viscérales ? Mais d'abord, ces fièvres sont-elles aussi fréquentes que le prétend l'intéressé ? Pour nous renseigner, nous avons parfois demandé une enquête de gendarmerie, procédé qui nous parut bientôt très décevant. Voici les résultats d'une de ces enquêtes : Il s'agit d'un artisan rural de Vendée ; deux de ses voisins affirment que, plusieurs fois par an, cet homme, secoué par un violent frisson, ne peut descendre à son atelier pendant un ou deux jours ; deux autres répondent qu'il jouit d'une parfaite santé et n'interrompt jamais son travail ; tous signalent que son père s'est suicidé.

En 1920 et 1921, nous admettions que le paludéen de l'Armée d'Orient pouvait avoir encore quelques accès de fièvre et nous fixions le taux de son invalidité à dix pour cent, ce qui lui donnait droit à une pension ; la Commission de Réforme adoptait cette conclusion. Deux ans plus tard, la situation était la même ; nous commencions à avoir des doutes sur le paludisme chronique, mais, le doute devant profiter au malade, la pension était maintenue. Au troisième examen, nous terminions notre rapport d'expertise par la formule : accès fébriles invoqués, pas de stigmates de paludisme chronique, sang normal, état général bon ; invalidité inférieure à dix. Et la pension était supprimée.

D'autres paludéens de 1916-1918 n'ont fait leur demande de pension que plusieurs années après la fin de la guerre ; quelques-uns ont attendu jusqu'en 1929 pour venir se plaindre de poussées fébriles ou de divers malaises qu'ils rattachaient à la malaria. Si alors nous ne trouvions rien à l'examen clinique et à l'examen du sang, nous n'admettions pas une invalidité due au paludisme, et, en agissant ainsi, nous suivions les indications de la Commission consultative médicale (la C. C. M.) ; un paludéen de 1918 ayant, en 1926, demandé et obtenu une pension pour accès fébriles invoqués, la C. C. M. renvoya le dossier pour une nouvelle expertise en ajoutant : « un paludisme qui évolue depuis huit ans avec des accès mensuels se traduit par des signes cliniques indiscutables et des modifications sanguines importantes ».

La plupart des paludéens de Macédoine ont bien guéri ; je viens de rechercher dans les archives du C. S. R. 450 dossiers, et sans aucun choix, en suivant le classement alphabétique du fichier. Sur ces 450 cas, 403 se sont terminés par une guérison qui s'est maintenue, puisque les intéressés n'ont jamais demandé à être reconvoqués au C. S. R. pour cause d'aggravation de leur état. Parmi ces guéris, plusieurs avaient contracté en Orient et la dysenterie amibienne et le paludisme ; ils se sont débarrassés beaucoup plus facilement de celui-ci que de celle-là.

Les paludéens restés des malades sont surtout atteints au foie. Ils se plaignent de malaises gastriques et de troubles intestinaux ; leur foie est augmenté de volume, douloureux ; on remarque du subictère, surtout aux conjonctives, et cet état persiste indéfiniment, entretenu, semble-t-il, par une consommation habituelle de vin dépassant la dose qui serait suffisante. Dans un cas de ce genre, M. le médecin commandant Grenier écrivait dans son rapport de surexpertise : « Il est difficile de faire le départ entre les signes relevant du paludisme et de l'éthylisme ». A signaler, deux cas de cirrhose du foie, la première imputable au paludisme, la seconde non imputable. G..., soldat de la classe 1914, paludéen de septembre 1917 ; rapatrié, il est longtemps soigné dans un hôpital, puis au centre des paludéens de Bétharram où il reste plusieurs mois ; ce n'est qu'en 1929 qu'il demande une pension ; il est alors atteint d'une cirrhose hypertrophique avec une splénomégalie considérable ; à l'examen du sang, anémie et formule leucocytaire du paludisme ; en 1931, même état ; 1 m. 61. 56 kgs. Il quitte la région nantaise ; en 1933, c'est au C. S. R. de Rennes qu'il est examiné et on porte le diagnostic de cirrhose pigmentaire. F... classe 1907 ; paludéen en novembre 1917 ; en 1920, 1922, 1923, pas de signes de paludisme, pas de pension ; mais déjà stigmates d'éthylisme chronique ; il nous revient en 1936 et présente alors tous les signes d'une cirrhose de Laënnec avec ascite ; il a de plus des cauchemars, de la zoopsie, de la trémulation de la langue et tout l'aspect d'un « beuveur très illustre » comme disait Rabelais.

Le rein n'est touché que très exceptionnellement. L'observation suivante est la seule que j'aie à réaliser :

M..., soldat de la classe 1916 ; paludisme en 1918 ; rapatrié, il est, après convalescence, renvoyé au dépôt de son régiment et démobilisé en même temps que les hommes de sa classe. En août 1924, il arrive au C. S. R., ayant, dit-il, toujours eu des accès fébriles depuis la fin de la guerre, et, depuis mai 1924, de l'albuminurie et des hématuries ; il a, en effet, de l'albumine, sans œdème, sans signes d'imperméabilité rénale ; diagnostic : néphrite paludéenne. En 1926, mêmes signes ; étonnés par la persistance des hématuries, nous demandons l'avis d'un chirurgien qui confirme le diagnostic de néphrite paludéenne. Mais, en 1928, M... est devenu un tuberculeux de l'appareil génito-urinaire, avec un rein droit augmenté de volume, avec de la cystite purulente, avec une orchi-épididymite gauche ; et on lui a enlevé le testicule droit atteint de tuberculose.

Faut-il admettre que la tuberculose est venue se greffer sur un rein paludéen ? ou plutôt, la néphrite hématurique

---

(1) Dopter et de Lavergne. *Traité d'épidémiologie.*

(2) J. Ancel, *Revue des Deux-Mondes*, 15 fév. 1920.

(3) J'eus l'heureuse chance d'être le co-expert de M. le médecin-colonel Haueur, du Service de santé colonial. Il me fit profiter de sa longue expérience du paludisme acquise en Indochine, à Madagascar, en Afrique occidentale française et jusqu'aux Nouvelles-Hébrides.

de 1924 ne correspondait-elle pas à un début de tuberculose rénale ?

Un cas d'aortite, considérée d'abord comme paludéenne, reconnue ensuite syphilitique (Vernes 5, réaction de Meinicke + + +).

Dans le domaine de la neuro-psychiatrie palustre, trois observations dans lesquelles l'origine était discutable, mais fut admise :

D..., classe 1910, paludisme en 1917 ; première instance au C. S. R. en 1921. Il dit avoir encore des accès fébriles et être atteint de crises d'épilepsie ; un neurologue certifie avoir assisté à une crise dans son service d'hôpital L'enquête de gendarmerie semble prouver que D... n'était pas épileptique avant 1920.

Du..., paludéen de 1918, obtient en 1926 une pension de 30 % (accès fébriles, psychasthénie) ; en 1929, la psychasthénie s'est aggravée, invalidité de 50 %. L'année suivante, Du... est interné dans un asile d'aliénés (amnésie, impulsivité, tendance à l'escroquerie, au vol).

H..., classe 1898, paludisme en 1917 ; en 1922, accès fébriles invoqués ; troubles nerveux (céphalées, vertiges, émotivité, tachycardie) ; même état en 1924, en 1926. En 1930, l'expert psychiatre constate : amyosthénie, fatigabilité, algies diverses ; crises nerveuses à base d'énervement par irritabilité ; tendances mélancoliques ; léger appoint d'intoxication alcoolique d'après une enquête de gendarmerie.

Le paludisme chronique avec lésions viscérales graves ou multiples et la cachexie palustre ont été probablement bien rares chez les paludéens rapatriés de l'Armée d'Orient ; sur 450 observations, je n'ai trouvé qu'un seul cas de cachexie, suite d'un paludisme contracté en Syrie, en 1920 :

Le soldat B..., de la classe 1919, est soigné du 20 janvier au 1er février 1920 pour paludisme secondaire, puis renvoyé au dépôt de son régiment à Beyrouth et démobilisé en mai 1921. Il est examiné à son domicile en février 1922 par M. le médecin-commandant Maillard, qui note : M... a tous les deux ou trois jours un accès de fièvre avec frisson, chaleur et sueur ; teint terreux ; amaigrissement considérable ; foie augmenté de volume ; rate énorme ; ventre ballonné avec un peu d'ascite. B... est décédé en juin 1922.

Je signale pour terminer que 12 des 450 paludéens sont devenus des tuberculeux pulmonaires. Mais, dans dix de ces cas, la tuberculose était survenue plusieurs années après la guérison du paludisme et celui-ci n'avait certainement joué aucun rôle dans l'éclosion de la maladie. C'est ainsi que J..., paludéen en 1918, obtient en 1920 une pension de dix pour cent parce qu'il a encore quelques accès fébriles ; en 1922, il nous paraît guéri, a un excellent état général (1 m. 69, 68 kgs) ; il nous revient en 1932, parce qu'il tousse et crache depuis quelques mois et il est alors bacillaire avec une lésion du poumon gauche. Dans deux cas seulement, la tuberculose pulmonaire put être considérée comme étant la conséquence d'un mauvais état général dû au paludisme. Chez un paludéen de 1918, pensionné à vingt pour cent, la phtisie débuta en 1920 et elle eut une évolution assez rapide, puisque ce malade mourut en 1922. F... atteint de paludisme en 1918, soigné dès 1919 pour bronchite suspecte avec amaigrissement, fut atteint en 1921, d'une lésion tuberculeuse avec bacilles dans les crachats, lésion qui se cicatrisa, mais en 1927, le foyer tuberculeux se réactiva et la tuberculose pulmonaire évolua, amenant la mort du malade en 1931.

Je crois que l'on est autorisé à conclure de ces observations que le pronostic lointain du paludisme de l'Armée d'Orient a été bon. Et, en cherchant les raisons de ce fait, j'en trouve deux. Si la morbidité fut grande en Macédoine, la mortalité ne fut jamais considérable. Un des paludismes les plus redoutables de nos expéditions lointaines a été celui de Madagascar, en 1895 ; nous perdîmes alors en quelques mois 6.000 soldats, dont 72 % par le paludisme (1). Rien de semblable, et fort heureusement, à Salonique, dont le paludisme, relativement bénin, ne devait avoir que des suites presque toujours bénignes. Deuxième raison : les paludéens de l'Armée d'Orient, énergiquement traités dès le début de la maladie, furent rapidement rapatriés. Nous lisons dans un article de M. Paisseau (2) : « Chez le colonial rapatrié et non réinfecté, on peut voir des accès, surtout du type tierce ; peu à peu, les accès s'espacent et finissent par disparaître », et M. de Lavergne (1) a écrit : « Chez un paludéen qui restera dorénavant en France et qui est soumis à un traitement méthodique, le pronostic est des plus favorables. »

On ne peut que souscrire à ces conclusions.

(1) Vincent et Rieux. *Nouveau Traité de Médecine*. Fasc. V, 1922.

(2) *Traité de Pathologie médicale Sergent*, Tome XIV, 1921.

(1) *Pratique médico-chirurgicale*. Tome VI 1931.

HYGIÈNE

HYGIÈNE DES ÉTUDIANTS AU COURS DES STAGES DE PHTISIOLOGIE

Par P. Joannon et M. Deparis

Les étudiants en médecine qui, dans les services spécialisés s'approchent de tuberculeux bacillifères, courent du fait de la contagion, des risques assurément variables, dont la gravité dépend de divers facteurs : fréquence et intensité des contaminations, état général du moment, degré de résistance personnelle, innée, à l'infection bacillaire, absence ou, si elles existent, importance de dispositions défensives acquises, résultant de conflits antérieurs et liées ou reconnaissables à des phénomènes allergiques, faciles à mettre en évidence quand ils sont assez marqués.

Abstraction faite de la densité de la contagion et des mesures de propreté ou d'antisepsie par lesquelles il est possible et nécessaire de la réduire, une double certitude existe : les méfaits des contaminations peuvent être diminués soit par une bonne hygiène générale assurant à l'organisme la plénitude de ses moyens de lutte, soit par une infection antérieure bénigne et, dans une certaine mesure vaccinante, due au bacille ordinaire ou au B. C. G.

De ce dernier moyen nous voulons peu parler ici. Aucun étudiant dont la cuti-réaction est négative ne devrait être autorisé à fréquenter un service de tuberculeux. Les médecins qui font confiance à la méthode de Calmette et Guérin estiment qu'en pareil cas la cuti-négative appelle l'administration (première ou nouvelle) du B. C. G. en même temps que les précautions de nature à tenir l'étudiant à l'abri des contaminations bacillaires pendant un délai suffisant pour permettre la claire appréciation des effets allergisants de l'infection provoquée. Même si, relativement courte, la notable augmentation de résistance spécifique conférée par le B. C. G., ne dépasse pas chez certains sujets une année, il reste intéressant, à leur égard, de procéder à cette vaccination peu avant l'agression par le germe virulent, c'est-à-dire quelques semaines ou quelques mois avant l'admission du stagiaire dans un service de tuberculeux.

L'autre moyen nous retiendra davantage. Il consiste à placer l'étudiant, pendant la durée du stage de phtisiologie, sous le couvert d'une excellente hygiène générale. A cet égard, deux éléments de protection méritent une particulière attention : le sommeil et l'alimentation.

Le sommeil est, lors d'une bataille contre un germe virulent, d'une importance capitale. Au regard d'une sagesse humble et sûre ne riant pas des formules simplettes, l'homme qui dort — normalement, sainement — est un homme fort. Au cours du stage, les étudiants devraient être invités à ne pas se surmener et à s'accorder une large ration de sommeil : neuf à dix heures ou davantage.

La nourriture devrait être substantielle. Il faudrait, dès que possible, obtenir des fonds pour que l'hôpital fournit aux stagiaires un bon repas, pris à midi. Cet effort ne devrait être, selon nous, qu'un commencement. Le temps viendra, que nous espérons et demandons prochain, où, grâce à des locaux spéciaux, les stagiaires reçus dans des services de tuberculeux, pourront être bien logés ou bien nourris aux frais de l'administration hospitalière, aidée au besoin par des subventions qu'accorderaient notamment les Assurances sociales.

Ce stage-internat coûterait moins cher aux finances publiques que des années de sanatorium et, en outre, bien des épreuves physiques et morales seraient épargnées.

La participation des Assurances sociales auxquelles nous venons de faire allusion serait justifiée. Les Assurances sociales ont intérêt à ce que les jeunes médecins soient très au courant de toutes les techniques dont tire parti, dans le domaine sanitaire, la lutte antituberculeuse. Il serait équitable qu'ayant à profiter des heureuses conséquences d'un stage de phtisiologie instructif, les Caisses d'Assurances sociales contribuassent à rendre ce stage inoffensif.

Lorsqu'il serait accompli dans un sanatorium, ce stage-internat serait, en général, facile à organiser.

Il va sans dire que les suggestions précédentes visent surtout les étudiants qui vivent hors de leur famille et ne disposent que de ressources modestes. Une partie de ces suggestions s'appliquent aussi aux élèves des écoles d'infirmières ou d'assistantes sociales. Au point de vue matériel, celles de ces élèves qui sont internes connaissent, il est vrai, une situation qui diffère sensiblement, et dans l'ensemble plutôt à leur avantage, de celle dans laquelle se trouvent la majorité des étudiants séparés de leur famille.

LES JOURNEES MEDICALES TUNISIENNES

(13-20 avril 1946)

En 1926 avaient lieu les premières journées médicales tunisiennes sous la présidence du bien regretté Charles Nicolle. Ces journées eurent un éclat incomparable au point de vue scientifique et au point de vue national. Les journées de 1946 qui viennent d'avoir lieu ont mérité un plus grand intérêt encore : malgré toutes les difficultés de transport et de logement dans une ville qui a subi tant de destructions, elles ont attiré un grand nombre de confrères éminents et elles ont montré que la France intellectuelle travaille inlassablement au relèvement de notre pays.

Bien des anciens de 1926 manquaient à l'appel : Charles Nicolle et Gérard qui fut son bras droit, et puis Mesnil, Léon Bernard, Pierre Duval, Brun...

Leur souvenir a été pieusement gardé et évoqué, comme on le verra dans le compte rendu que notre confrère Maurice Uzan a bien voulu nous adresser, n'oubliant pas qu'en 1926 il avait déjà été le précieux collaborateur de la Gazette des Hôpitaux. *Qu'il veuille bien recevoir nos remerciements les plus vifs.*

F. L. S.

Placés sous les hauts patronages français et tunisiens, les Journées Médicales ont eu un plein succès. S. Ex. Sidi Mohamed Salah Mzali en a bien voulu accepter la présidence effective, assisté de M. le Professeur Debré, membre de l'Académie de Médecine et de M. Renaud, directeur de la Santé publique et de l'Assistance en Tunisie. Le Comité d'Organisation local, présidé par le Dr Boulakia, a reçu de son mieux ses invités métropolitains parmi lesquels on reconnaissait : MM. les Professeurs Debré, Baumgartner et Clovis Vincent, membres de l'Académie de Médecine ; le professeur Sorrel, représentant l'Académie de Chirurgie, les professeurs Fabre, Desoille (Paris), Leclercq (Lille), Baumel (Montpellier), MM. Cleisz, Monbrun, Rudler, Hepp, Cattan, Launay, médecins spécialistes ou chirurgiens des hôpitaux de Paris ; les professeurs Garin (Lyon), Laffont (Alger), Nègre (Institut Pasteur, Paris), MM. les Drs Jean Olmer (Marseille, Masmonteil (Paris), Delort, Huet (Paris), Figarella (Marseille), Michel-Béchet (Avignon), Rieunau (Toulouse), Roman (Lyon), Herbeuval (Nancy), etc., etc.

Le Ministère de la Santé Publique était représenté par MM. le Dr Aujaleu et Viborel ; le Service de Santé Militaire par le Médecin Général Inspecteur Arène.

La séance d'ouverture eut lieu au Théâtre Municipal. Des discours furent prononcés par le M. le Ministre Mzali, MM. Debré, Baumgartner et Sorrel, M. Renaud, MM. Delord, Elmerik, Huet et les représentants des pays étrangers, le colonel Dupriest (U. S.), Jeanneret (Suisse), le professeur Almerindo Lessa (Portugal).

Les travaux furent tout à tour présidés par MM. Debré, Leclercq, Baumgartner, MM. le Médecin Général Inspecteur Arène. Rudler, Renaud. Le secrétariat scientifique fut tenu par M. le Dr M. Uzan.

Les Comités d'Organisation parisien et tunisien dont les chevilles ouvrières furent au secrétariat MM. les Drs Mareschal, Calo, Delort et Huet et à la trésorerie MM. les Drs Elmerik et Barouch, et à diverses fonctions, MM. les Drs Baur, Tremsal, Bouquet, Heuillon, etc., etc., offrirent aux congressistes des récréations fort goûtées : soirée arabe chez le Cheikh el Médina, visites de la Médina avec ses trésors des souks, du Dar ben Abdallah, de la Bibliothèque du Souk el Attarine, visite à Carthage dirigée par le R. P. Lapeyre, conférence du P. Demersmann à l'Ibla, soirée de concert avec le quatuor Hewwitt, visite à Sidi Bou Said, à Dougga, à Kairouan, etc.

S. A. le Bey de Tunis tint à recevoir nos hôtes dans son Palais de Carthage. Le général Mast, résident général de France en Tunisie leur offrit un thé officiel à la Maison de France. La municipalité de Tunis les accueillit avec un vin d'honneur dans le cadre verdoyant de la Piscine municipale.

Un apéritif d'adieu réunit enfin, le dimanche de Pâques, au Tunisia Palace tous les congressistes.

A la séance de clôture, de brèves allocutions furent prononcées par M. le Ministre des Affaires sociales, MM. les Drs Boulakia et Huet, rendant hommage à l'effort de tous et souhaitant le retour plus fréquent des réunions médicales de ce genre qui réalisent les échanges médicaux et culturels entre la Métropole et la Tunisie.

RAPPORTS

Tuberculose initiale d'invasion chez l'enfant. — Professeur Robert Debré et M. Stéphan Thieffry. — A l'occasion des symptômes qui amènent à dépiter la primo-infection chez l'enfant, les auteurs insistent sur la fréquence des infections non spécifiques qui accompagnent l'invasion bacillaire et sur le problème posé par l'éruption d'érythème noueux due au traitement par la sulfathiazol. Les méthodes de dépistage comprennent : 1° l'enquête étiologique presque toujours couronnée de succès ;

2° L'enquête biologique (cuti-réaction dont il convient de retenir les anomalies et les défaillances ;

3° L'enquête radiologique : les images d'opacité lobaire devant être interceptées assez souvent sous l'angle d'un trouble de ventilation bronchique ;

4° L'enquête bactériologique : mise en évidence du bacille dans le liquide de lavage gastrique.

On devra faire un tableau nouveau de l'adénopathie trachéo-bronchique modernisée par la notion de trouble de ventilation et le contrôle bronchoscopique.

Parmi les éléments d'un pronostic défavorable, les surinfections sur un organisme entré depuis peu dans l'état d'allergie.

Le traitement comprend essentiellement (en dehors de la séparation absolue de l'enfant contaminé et de l'adulte contaminateur) une cure de repos prolongé de façon à obtenir la guérison la plus complète possible de la tuberculose initiale d'invasion.

Epidémiologie, symptômes, diagnostic et traitement de la fièvre récurrente. — MM. Paul Durand et Camille Rollin. — L'expérience des auteurs porte sur plus de 4.000 cas. Après des aperçus d'ordre épidémiologique, ils décrivent la symptomatologie en insistant sur certains points relatifs à l'investigation biologique : rétention chlorée avec, en particulier, l'hyperchlororachie. Après un chapitre de diagnostic, les auteurs passent à l'étude thérapeutique. Ils ont utilisé certains produits chimiques. En résumé, ils pensent que le meilleur traitement reste de poudres paraticides : D. D. T. ou hexachloro-cyclo hexane.

Le traitement des abcès du cerveau depuis la pénicilline. — Professeur Clovis Vincent et M. L. Le Beau. — Le Dr Guiot expose ce travail de l'Ecole de La Pitié : après avoir rappelé le traitement aujourd'hui classique, modifié en 1936 par le professeur Vincent, il montre comment la pénicilline a modifié les pronostics et les indications chirurgicales. En ce qui concerne les abcès chroniques, la pénicilline n'intervient de façon décisive que dans les cas d'abcès multiples, profonds, mal limités dont la forme anatomique ne permet pas l'exérèse en masse et sans drainage. Comme l'on fait Le Beau et Guiot avec succès constants, on peut, après avoir aspiré le contenu de la cavité purulente, morceler la paroi de l'abcès et l'extirper radicalement. Cette technique permet de ne pas traumatiser les formations cérébrales profondes ni le tronc cérébral. La pénicilline permet cette technique en rendant négligeable l'ensemencement des cavités méningées et même au cas d'abcès cérébelleux celui de la grande citerne : presque toujours les germes en cause sont pénillinaux sensibles.

Au cas d'abcès aigu, menaçant la vie par l'importance de l'œdème cérébrale, il faut commencer par ponctionner l'abcès. Si on a la chance de retirer beaucoup de pus le malade peut être soulagé immédiatement et il est possible que les injections intra-cavitaires de pénicilline puissent faire avorter cet abcès en formation. Sinon il faut faire plus : soit un grand volet décompressif soit même l'ablation de la zone infectée génératrice d'œdème généralisée à la manière d'un gliome : c'est cette dernière intervention que Le Beau a pratiquée avec succès.

COMMUNICATIONS

1. — Tuberculose et affections pulmonaires

Notes et statistiques sur les rapports de la tuberculose et de l'érythème noueux. — M. El Materi. — Etude portant sur 413 observations s'étendant sur une durée de dix-huit ans. Les données statistiques montrent la fréquence de l'érythème noueux entre cinq et quinze ans et la proportion très grande de tuberculose dans les suites de cette maladie d'apparence bénigne.

Phrénicotomie par voie endopleurale au cours du pneumothorax artificiel. — M. Cazenave. — Méthode collapsothérapeutique d'association réservée aux cavernes de la base du poumon non influencées par le pneumothorax ou insuffisamment influencées par lui.

Elle nécessite une simple pleuroscopie : intervention bénigne qui fait faire l'économie d'une cicatrice susclaviculaire disgracieuse et qui complète dans certains cas bien précis la façon la plus heureuse, le traitement par pneumothorax.

Le rôle du système nerveux dans les troubles de la ventilation pulmonaire. — Professeur Drouet, MM. R. Herbeuval et G. Faivre. — L'atelectasie et l'emphysème kystique ont surtout été rattachés à une cause mécanique, l'obstacle dans le conduit aérien. Il apparaît à la lumière d'un certain nombre de documents tant cliniques qu'expérimentaux que d'indiscutables troubles de la ventilation indépendants de tout obstacle mécanique existent. Il y a lieu dans certains cas de retenir une pathogénie seulement nerveuse mettant en jeu les mécanismes broncho moteurs.

Technique de préparation et résultats thérapeutiques d'un nouveau lyzatbactérien, principalement antistaphylococcique et antituberculeux. — M. Charles Mayer. — Après indications de la technique de préparation l'auteur relate les résultats de cette thérapeutique sur les staphylococcies puis sur certaines formes de tuberculose pulmonaire dont il projette les clichés.

M. Jeanneret, dans un court et clair exposé, résume les travaux récents de l'école de Leysin.

2. — Fièvre récurrente

Fièvre récurrente et grossesse. — Professeur Laffont et M. Léonardon. — L'influence de la récurrente sur la grossesse est très grave. Sur 54 cas observés, 2 décès, 50 interruptions de la grossesse : expulsions brusques du troisième au cinquième jour. Les auteurs ont trouvé quatre fois des spirilles dans le sang fœtal. L'examen biologique du sang qui rappelle, en plus accentué, le climat humoral au voisinage du terme, ne permet-il pas de se demander s'il n'y a pas là une explication du travail provoqué et rapide, faisant songer à la réalisation fortuite des conditions favorables à l'expulsion du produit de conception, sous l'influence d'une sorte de maturation de la fièvre musculaire utérine, ce qui permettrait d'envisager sous un aspect particulier et nouveau le problème du déterminisme du travail.

Les irido-cyclites, les choroïdites et les névrites optiques de la fièvre récurrente cosmopolite. — Professeur Toulant. — Si l'iritis et la cyclite guérissent le plus souvent spontanément, les choroïdites et surtout les lésions du nerf optique peuvent avoir des conséquences graves ; arsénobenzol et transfusion sont les traitements à conseiller à côté de la thérapeutique symptomatique locale.

Quelques cas de complications oculaires de la fièvre récurrente à tiques dakaroise. — Médecin Lieutenant-Colonel Garcin. — Dans les 7 cas observés, il a été observé surtout des atteintes du tractus uvéal à pronostic favorable. Les arsenicaux ont donné des résultats inconstants ; l'orsanine a semblé plus efficace ; dans le seul cas observé, la pénicilline n'a pas donné de résultat satisfaisant.

Fièvre récurrente à Madagascar. — Médecin Général Crozat. — Récurrente à tiques à cas rares et bénins rapidement améliorés par les arsénobenzols.

La fièvre récurrente à poux en A. O. F. – Médecin Général Inspecteur Peltier et Médecin Lieutenant-Colonel Vaisseau. — Première apparition en 1921. Epidémie massive ayant duré trois ans, meurtrière frappant de façon élective les races portant des vêtements, de source exogène (mouvements de troupes). En 1945, mêmes conditions mais mesures prophylactiques sévères prises.

La fièvre récurrente à tiques en A. O. F. — Médecins Commandants Bergeret et Raoult. — Après étude complète de la symptomatologie et des formes cliniques, les auteurs exposent les éléments biologiques du diagnostic. Du point de vue thérapeutique les arsenicaux tri ou penta valents sont actifs : le sérum de convalescents a été utilisé une fois avec succès ; la pénicilline doit être utilisée à très fortes doses.

Fièvre récurrente expérimentale. — Mme Sparrow et M. Lamarche. — Les poux peuvent s'infecter par un seul repas sur le malade fébrile, les spirochètes passent de l'intestin dans le liquide cœlomique et s'y développent rapidement ; les poux restent infectés jusqu'à la mort et les spirochètes gardent la virulence ; on peut entretenir les spirochètes en passage de pou à pou suivant la méthode de Weigl. 18 malades mentaux désignés pour la pyrétothérapie ont été inoculés avec les produits des poux infectés expérimentalement. L'inoculation de l'homme ne réussit régulièrement que par scarification de la peau sur laquelle on a déposé une goutte de liquide obtenu par dissection du pou. Cette excellente méthode pyrétothérapique intéresse de préférence les pays où la malariathérapie présente des difficultés.

Notes sur la récurrente. — MM. Bonan et Khiari. — Les auteurs insistent sur l'azotémie et sa valeur diagnostique dans les périodes apyrétiques.

3. — Amibiase

La forme pseudo-septicémique de l'amibiase hépatique. — M. Roger Cattan. — L'auteur relate un cas où une amibiase hépatique a présenté une forme monosymptomatique fébrile que seule l'anamnèse a fait suspecter. L'épreuve thérapeutique a été concluente. Il attire l'attention sur ces formes camouflées si importantes.

Formes cliniques de l'amibiase chronique — MM. R. Dana et Corcos. — Importante monographie passant en revue toute la série complexe et nombreuse des formes cliniques observées en Tunisie suivie de notions thérapeutiques.

Les formes pseudo-cardiaques de l'amibiase. — M. A. Calo. — L'auteur décrit les modalités cliniques présentées par un grand nombre d'amibiens chroniques dont la dystonie neurovégétative se manifeste par des symptômes pseudo-cardiaques.

M. H. Mamou et A. Sebag. — Un syndrome fébrile prolongé peut s'observer au cours de l'amibiase intestinale chronique sans autres signes. Ils en rapportent un cas ayant ainsi évolué deux mois et demi.

La fièvre amibienne. — M. I.-E. Hayat. — L'auteur décrit les formes cliniques qu'il a observées de l'amibiase fébrile monosymptomatique et insiste sur leur fréquence.

Etude critique du rhumatisme amibien. — M. H. Mamou. — Le rhumastime amibien existe non seulement à type d'artrhalgies ou de myalgies mais aussi sous l'aspect de mono ou polyarthrites subaiguës et subfébriles sensibles au traitement émétinien. L'auteur illustre ses remarques cliniques et pathogéniques en rapportant un nouveau cas de rhumatisme polyarticulaire amibien guéri par l'émétine.

Quelques réflexions à propos d'uréthrite subaiguë non gonococcique observée chez les amibiens chroniques, — M. L. Chauvin. — A côté du syndrome de Fiessinger, oculo-urétro-synovial, on peut voir des urètres métadysentériques suintantes.

Note historique sur le traitement de l'amibiase. — M. Ben Miad. — L'auteur indique d'après un manuscrit tunisien de Dahmani, comment la dysenterie était soignée par l'ipéca, il y a plus de cent ans, à Tunis.

Notes diagnostiques et thérapeutiques sur l'amibiase. — M. Maurice Uzan. — Après avoir insisté sur les formes subaiguës et chroniques fréquemment observées en Tunisie, l'auteur fait une étude critique des éléments cliniques et biologiques du diagnostic. Il expose des schémas thérapeutiques s'adaptant à chaque cas particulier.

4. — Paludisme

Un nouveau médicament synthétique du paludisme (Nivaquine). — MM. P. Durand, P. Decourt et J. Schneider. — Il s'agit du 3-méthyl-4-diéthyl amino-isopentyl-amino-7-chloroquinoléine. Les résultats acquis démontrent l'action prophylactique et curative de ce produit éminemment schizonticide. Ce médicament semble utile dans le typhus exanthématique (Durand et Schneider), actif contre les lamblias (Schneider et Maurice Uzan), les trichomonas. Son action est nulle dans la récurrente et le Kala-azar.

Géographie et médecine. — M. P. George. — L'exemple de la malaria.

Note sur la prophylaxie du paludisme par les synthétiques dans quelques unités militaires. — Médecin général Crozat.

Note sur la prophylaxie du paludisme par les synthétiques à Madagascar. — Médecin général Crozat. — L'auteur conclut à la valeur prophylactique des synthétiques.

La régression d'ensemble de la morbidité et de la mortalité palustre dans une région de forte endémie sous la seule influence du traitement prophylactique des enfants par les médicaments synthétiques. — Médecin lieutenant-colonel Lavergne.

Résultats d'une campagne curato-préventive antipalustre à l'aide de médicaments synthétiques en milieu indigène à Dakar. — Robin et Brochen. — Dans l'ensemble, excellents résultats. Il est cependant certain que la lutte contre l'anophèle doit toujours être mise en œuvre. Les auteurs déconseillent les fortes doses hebdomadaires de quinacrine.

Toxicité comparative vis-à-vis des larves de moustiques des émulsions de D. T. T. et d'hexachlorocyclohexane. — MM. Poulain et Roman. — L'hexachlorocyclohexane émulsionné dans l'eau par l'intermédiaire de l'alcool éthylique est toxique vis-à-vis des larves de Culex pipiens autogénicus à des dilutions de 1/500.000 à 1/2.000.000 A ces concentrations, l'activité des émulsions de ce produit atteint presque le 1/5e de celles obtenues avec le D. D. T.

5. — Médecine générale

La maladie hémorragique en Tunisie. — MM. Laigret et Corcos. — Depuis quelques mois, les auteurs ont observé des cas d'hémorragies fébriles (hématémèses, purpurales graves à marche rapide), curables seulement par l'association précoce pénicilline-transfusions sanguines. Du point de vue étiologique et diagnostic, les auteurs discutent la fièvre jaune, la récurrente, les septicémies diverses, les carences. Tous les examens biologiques correspondant à ces diverses affections ont été négatifs.

La fluorose, considérations d'hygiène industrielle et d'hygiène alimentaire. — Professeur Fabre. — L'intoxication fluorée chronique (darmouz) a été particulièrement étudiée par l'auteur qui en précise d'abord l'étiologie : pollution des eaux d'alimentation, des légumes, des fourrages par les fumées des usines d'aluminium ou de superphosphates ou l'action de la pluie ou des eaux souterraines sur les glissements de phosphates. Il indique les méthodes de protection contre de telles menaces et signale la récupération des fluorures et des fluosilicates des fumées d'usines en vue d'obtenir des produits raticides et parasiticides. Après avoir relaté les troubles osseux et dentaires par déséquilibre phosphocalcique, l'auteur décrit l'élégante méthode de l'électrodialyse qui lui a permis d'étudier les localisations du fluor dans l'organisme dans les intoxications aiguës et chroniques ainsi que les variations du taux du fluor dans l'organisme normal. Il termine par une étude thérapeutique et prophylactique.

Apport fourni à la science médicale par le plan de sécurité sociale. — Professeur Desoille. — Ce travail constitue une importante vue d'ensemble des problèmes médico-sociaux.

Valeur diagnostique de la ponction-biopsie du foie dans les hépatomégalies. — Professeurs Baumel, Serre et Cazal. — Les auteurs décrivent leur technique particulière et les indications de la ponction-biopsie du foie appelée à rendre de grands services dans le diagnostic de certaines hépatomégalies.

Le myxœdème socio-physiologique chez les musulmans algériens. — Professeurs Lacroix et Rucker. — Le myxœdème est plus souvent observé sur le biceps brachial que sur les autres muscles ; il est cinq fois plus fréquent chez les musulmans que chez les non musulmans, en Algérie. Il n'existe pas de corrélation entre le myxœdème et l'indice de Pignet ou l'échelle de Besson et l'aptitude militaire. Il semble s'agir d'un phénomène de physiologie sociale vraisemblablement lié à des faits de carences alimentaires.

La génétique et les jumeaux. — M. M. Lamy et Mlle Schweisguth. — Les auteurs montrent l'intérêt de la méthode de comparaison des jumeaux à l'aide précieuse qu'elle apporte à l'étude des maladies liées à l'hérédité.

Les crises nerveuses de la petite enfance. — M. C. Launay. — L'auteur attire l'attention sur certaines crises lipothymiques apparaissant à l'occasion d'émotions et de colères, se reproduisant à un rythme variable et à pronostic bénin ; il relate l'observation d'une fillette de 3 ans dont l'histoire est celle d'une jalousie enfantine à l'égard d'un petit frère. Les crises ont disparu du jour où une attitude plus ferme a été obtenue de la mère et après un placement de 3 mois dans un centre d'élevage.

La levure de bière dans le traitement des anémies graves. — M. J. Olmer. — Certaines anémies graves ne cèdent point à l'hépatothérapie. La levure de bière qui les améliore vient ainsi augmenter l'arsenal des médications antianémiques.

Considérations techniques sur la voie parentérale. — Professeur Almerindo Lessa. — Importantes contributionss à l'étude des substances introduites par la voie parentérale. L'auteur insiste plus particulièrement sur la voie intra-artérielle dont l'étude a fait l'objet de tant de recherches de la part des savants portugais.

Diagnostic de la silicose. — M. Gaultier (Paris). — Essai d'évaluation du taux d'incapacité de travail par les épreuves fonctionnelles respiratoires.

La silicose, cette affection occupe une place importante dans la médecine du travail. — Professeur Leclerq. — Le cristal de silice est l'agent essentiel de la lésion silicotique ; le facteur personnel n'a pas moins d'importance. Les causes qui provoquent les fibroses pulmonaires liées aux poussées sont multiples et complexes. Cette étude n'a pas qu'un intérêt pathogénique, elle conduit à l'application de méthodes prophylactiques plus complètes, précises et efficaces.

Les blocages de la région hypophysaire. Les obésités endocriniennes. — M. Huet. — L'auteur projette une série de photographies de malades obèses, mal réglées, présentant des lésions articulaires par laxité ligamentaire. Il rattache ces lésions à un trouble central hypophysaire et le prouve en traitant ce centre nerveux par l'hormonothérapie et la physiothérapie.

Sur un procédé de montage des échantillons parasitologiques dans les verres synthétiques. — MM. J. Coudert et Ch. Baud. — Le professeur Garin présente au nom des auteurs une technique originale d'inclusion d'insectes, de larves de moustiques, d'helminthes, etc., dans une masse transparente comme le cristal, dure, résistante, incassable. Ce procédé assure une conservation indéfinie et une observation facile des objets inclus. Le principe de la méthode repose sur l'emploi de monomères liquides comme le méthyl-arsylate de méthyle, que l'on solidifie, après inclusion des objets, par une polymérisation obtenue sous distillation.

Les troubles de la croissance d'origine urinaire chez l'enfant. — M. J.-E. Marcel. — Ces troubles comprennent certaines hypotrophies du nourrisson le nanisme harmonieux de la seconde enfance et quelques infantilismes à la puberté. L'étude urologique de 117 observations, 77 étrangères et 40 personnelles autorise à penser que la déficience rénale qui est à leur origine, est le plus souvent en rapport avec une malfaçon quantitative (hypoplasie, atrophie) ou même qualitative (néphrosclérose congénitale, dégénérescence kystique) peut, dans quelques cas être secondaire ascendante, provoquée par une anomalie, avec ou sans obstruction du système excréteur. En dehors de la pyurie, au reste inconstante, les explorations urologiques seules permettent de différencier les troubles d'origine décrétoire d'ordre médical de pronostic fatal, des troubles d'origine excrétoire assez souvent curables de pronostic d'autant meilleur que le diagnostic en est posé précocement.

Etat actuel des traitements par radiothérapie des cancers. — M. Gricouroff.

Influence des acides salifiant les bases alcaloïdiques, principalement les anesthésiques locaux et la morphine, sur leur activité pharmacodynamique. — Mme Suzanne Bazin.

L'anatomie morphologique et l'éducation physique. — M. Veluet.

Stabilisation des sérums humains et leurs applications thérapeutiques. — M. Stora. — Avec ses collaborateurs, Bloch, Ardry, Darmon, l'auteur a pu mettre au point une méthode de stabilisation au formol du sérum humain qui a permis pendant la guerre, la conservation du précieux liquide dans de bonnes conditions. Le sérum ainsi stabilisé et conservé a de nombreuses indications : schock, hémorragies, maladies infectieuses, athropsies infantiles, etc.

La sérothérapie anticoquelucheuse par le sérum humain d'adulte. — M. Bloch. — Application, résultats et contrôle

hématologique de son efficacité. La coqueluche est très sensible à l'action du sérum humain stabilisé. L'auteur qui a traité ainsi de nombreux cas, apporte ses résultats contrôlés par tous les tests cliniques et biologiques.

Traitement des hémorragies par le sérum humain normal. — M. Darmon. — Le sérum humain normal agit, comme antihémorragique par la présence dans ce liquide vivant : 1° de sérozyme ; 2° de cytozyme ; 3° d'un complexe minimal hormonal ; 4° d'un complexe vitaminique.

Considérations actuelles sur le traitement des rhumatismes à Aix-les-Bains. — M. Baumgartner.

Considérations sur une réforme de la lutte contre le trachome. — M. Poleff.

La pénicilline en ophtalmologie. — Professeurs Toulant et Gaultier.

Nouveaux corps en cristaux antibiotiques à très haute fonction bactériostatique et lytique : les co-pénicillines. — M. J. Hababou-Sala. — Reprenant l'étude des milieux vaccinés, l'auteur a constaté la formation dans ces milieux divers antibiotiques probablement cristallisables dus aux endotoxines et qui se rapprochent par leur scaractères communs d'être bactériostatiques et lytiques, avec l'antibiotique original de Fleming : il les appelle co-pénicillines.

Blocage et déblocage thoracique. — M. Fournier.

Dystrophies congénitales : meilleure connaissance des causes. — M. Blechmann et Mlle Larsonneur.

M. le médecin de 1re classe Verd fait un exposé sur la démence précoce du plus grand intérêt.

6. — Chirurgie générale

Les premiers stades de l'ostéomyélite aiguë chez l'adolescent. Conclusions thérapeutiques. — Professeur Leveuf.

Traitement de l'ostéomyélite aiguë, hématogène du crâne par thérapeutiques associées : pénicilline-chirurgie. — Professeur Kissel, MM. Rousseaux et Royer. — Homme de 24 ans : ostéomyélite aiguë de l'occipital grave. Ponction et trépanation. Quelques heures avant l'intervention et les jours suivants, injection de 1.000.000 u. O. de pénicilline. Amélioration rapide de l'état général et cicatrisation en dix jours. Le pronostic a ainsi été transformé grâce à l'association pénicilline-chirurgie.

M. Lehucher présente 6 cas d'ostéomyélites traitées par la méthode de M. le professeur Leveuf.

La pénicilline en chirurgie pulmonaire. — M. Iselin.

La réanimation en chirurgie de temps de paix. — M. Iselin.

L'infiltration anesthésique du sinus carotidien. — M. Luzuy.

Traitement de l'aménorrhée par l'infiltration à la novocaïne du ganglion sympathique cervical supérieur. — M. J. Peron.

Complications chirurgicales de la fièvre de Malte. — M. Michel-Béchet.

Traitement du trachome par la diathermo-coagulation. — M. A. Monbrun.

La contre-extension plâtrée des fractures diaphysaires du fémur. — M. Rieunau. — Cette technique consiste à utiliser les surfaces étendues du flanc et de la fosse iliaque pour réaliser la contre-extension, grâce à une ceinture plâtrée : la mise en abduction et flexion de la cuisse sur le bassin lui donne toute son efficacité. L'utilisation de l'appareillage plâtré immobilise correctement les fragments ; enfin l'extension transosseuse en double ou simple broche rend la coaptation fragmentaire parfaite. L'auteur a ainsi traité plus de 50 cas en douze années.

Des progrès qu'a fait réaliser la pratique des greffes osseuses dans le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires. — Professeur Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine (Paris).

Fracture spontanée de côte par ostéite tuberculeuse. — M. Sakka — Cette lésion reltivement fréquente chez les musulmans tuberculeux est, par ailleurs, assez rare. Il rapporte l'observation unique d'un cas de ces fractures spontanées de côtes suivies de consolidation spontanée et en discute la pathogénie.

Recherches sur le mécanisme biologique du choc traumatique. Rôle de l'acétycholine et de la cholinestérase. — M. A.-D. Herschberg.

Troubles circulatoires après brûlures étendues. — Professeur A. Simonart.

Stérilisation des locaux opératoires. — M. F. Masmonteil. — La stérilisation des locaux opératoires prend une importance croissante, en raison de la durée de plus en plus grande des opérations. Elle est facile à obtenir avant l'occupation du local par mon procédé du « brouillard condensé ». Mais la contamination est malheureusement rapide au moment de la pénétration du malade, de l'opérateur et des aides et provient de deux sources : 1° de l'air ambiant entraîné par les occupants et 2° des cavités naso-buccales de ceux-ci. Des projections de boîtes de Pétri mettent lumineusement ces faits en évidence. D'où la nécessité : 1° d'une stérilisation de base ou pré-opératoire et 2° d'une stérilisation d'entretien ou pré-opératoire. Cette dernière est plus délicate à obtenir, elle requiert l'utilisation d'un filtre parfait et d'un dispositif d'extraction microbien.

Les dystonies biliaires. — M. Hepp.

La chirurgie du sympathique dans les artérites des membres inférieurs. — M. Soubrane. — L'auteur discute les indications des trois types d'intervention possibles : sympathectomie péri-artérielle, artériectomie, gangliectomies. A titre complémentaire ou en cas de troubles légers, infiltrations lombaires, injections péri ou intra-artérielles.

Traitement chirurgical des néphrites. — M. Rudler. — L'auteur rapporte ses résultats expérimentaux et cliniques obtenus après néphro-omentopexie. Il précise les indications de cette nouvelle opération qui est appelée à rendre des services appréciables.

Cas rare de kyste de l'orbite gauche développé à partir de la glande lacrymale. — M. Vouvalis.

M. Denet présente deux films de chirurgie cranienne du regretté Thierry de Martel.

7. — Médecine dans les camps de déportés

Une séance particulière a été consacrée à ce sujet. Ouvrant la séance, le médecin général inspecteur Arène, rendant hommage à tous les martyrs, déportés, maquisards, résistants, propose de dédier ces travaux à tous les morts de la Réistance.

Le général Ganneval apporte un précieux témoignage au dévouement de nos médecins dans les camps de déportations.

M. Elmelik traite de la chirurgie au camp de Buchenvald. M. Ellenbogen nous parle des crimes scientifiques des médecins allemands dans les camps de concentration. M. Inbona décrit l'évolution des avitaminoses chez les déportés des camps de concentration allemands avant et après leur libération. M. Henri Uzan décrit la vie au bagne nazi d'Aurigny. Dans une conférence de grands envolés, le professeur Desoille montre à la lumière des documents de Nuremberg tout ce que la cruauté hitlérienne a essayé de voiler sous un masque pseudo-scientifique.

8. — Autres manifestations médicales autour des Journées

Cérémonie à la mémoire de Ch. Nicolle. — A l'Institut Pasteur, autour de la tombe du grand savant. M. le Général Mast, Résident général de France en Tunisie, M. le Professeur Debré, M. le Dr Nègre et M. Balozet, Directeur de l'Institut Pasteur de Tunis ont, dans des discours de haute portée, exalté la mémoire, la pensée et l'œuvre de Charles Nicolle, devant les congressistes et toutes les personnalités officielles de la Tunisie.

Inauguration du Médaillon du docteur Antoine Cassar au Centre de Prophylaxie Antivénérienne Cassar où des discours ont été prononcés par le général Mast, S. E. M. S. Mzali, ministre des Affaires sociales, etc.

Conférences publiques. — Sous l'égide de l'Alliance Française : M. Nègre a parlé du B. C. G. ; M. Huet, de la Santé de l'adolescent. L'Université Nouvelle a patronné une conférence de M. George sous la Réforme de l'Enseignement et celle de M. le Professeur Desoille, ci-dessus signalée.

Maurice Uzan.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 30 avril 1946

Nécrologie. — M. le Président annonce à l'Académie le décès de M. Henri Roger et prononce une brève allocution.

Le déficit alimentaire dans la région parisienne (mars 1946). — *Ses causes, ses méfaits.* — MM. Lesné et Richet. — La ration alimentaire officielle est actuellement de 1.300 calories environ, soit inférieure à 25 % au minimum vital et inférieure de 50 à 60 % à la ration optimum. Le déficit porte à la fois sur les protides, les lipides animales, les sels de calcium, de fer, de cuivre, les vitamines PP, A, D et C.. Ce régime est à peu près identique à celui des Parisiens en pleine guerre.

Il faut en voir la cause en premier lieu dans une production agricole insuffisante mais aussi dans les difficultés de transport et dans une mauvaise répartition qui se fait au détriment des familles nombreuses, des infirmes, des vieillards.

Le mal est aggravé par les gaspillages préfectoraux et administratifs, les vols de tickets, la connivence de certains commerçants.

Les conséquences en sont l'aggravation de la mortalité infantile, l'augmentation de la morbidité. Il faut aussi mettre à sa juste place la perte de temps occasionnée aux consommateurs : de deux heures par jour et par ménage.

Il faut procéder à une répartition plus juste et mieux surveillée et rétablir la faculté d'envoi de colis familiaux à des tarifs de transport qui ne soient plus prohibitifs.

Faits histologiques relatifs au mécanisme de réglage de la circulation coronarienne : le faisceau coronarien. — MM. Champy et J. Louve. — Il existe des faisceaux de tissu cardiaque de type nodal qui relient le myocarde à l'artère coronaire, vaisseau nourricier du cœur, cette disposition sert à régler la circulation dans cet important vaisseau (où ces auteurs ont montré, par ailleurs, que ce réglage comporte des mécanismes particulièrement précis) en fonction de la contraction du muscle cardiaque.

Ces notions apportent des éléments nouveaux à la pathologie des coronaires dont on connaît l'importance pour tout ce qui concerne les affections cardiaques.

Au sujet des sérums humains stabilisés par l'action combinée du formol et de la chaleur (formosérums). — M. Dujarric de la Rivière. — L'action conjointe du formol et de la chaleur modifie les sérums et les amène à un nouvel état physique stable. L'action stabilisatrice fixe le sérum à un état très proche de l'état normal et trouve son emploi dans l'application des transfusions tropicales. Ces formo-sérums sont stables, peu contaminés, ne transmettent pas les ictères infectieux, se conservent longtemps et peuvent être transportés à longue distance.

Tétanos céphalique secondairement généralisé chez un vacciné. — MM. Blanc, Siguier et Lissitzky (*Présentation faite par M. Ramon*). — Un sujet antérieurement vacciné contre le tétanos par l'anatoxine est blessé superficiellement à la tête, et traité immédiatement. Au sixième jour, il commence cependans un tétanos céphalique sévère qui est guéri par séro-anatoxithérapie curative.

Deux vaccinations préventives avaient été pratiquées à quelques mois de distance.

S'agit-il d'un défaut de qualité de l'anatoxine ou plutôt d'une susceptibilité particulière du sujet, d'un fléchissement d'immunité commun, on en aurait vu après l'injection de rappel, d'une souche bacillaire particulièrement virulente ou d'une défaillance générale de l'organisme chez un soldat en guerre sous les tropiques ?

Il n'en reste pas moins nécessaire de faire soigneusement les vaccinations et chez des blessés de pratiquer à la fois une sérothérapie légère et une injection de rappel simultanées.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 29 mars 1946

Méningite cérébro-spinale aiguë avec blocage des espaces sous-arachnoïdiens. Guérison par la pénicilline après sulfamidothérapie. — MM. Lebon et Faugères (Alger). — Cas de méningite cérébro-spinale aiguë à méningocoques avec blocage. Guérison en quatre jours par la pénicilline (400.000 unités) par voie intra-rachidienne et sous-occipitale.

Traitement des formes graves du rhumatisme articulaire aigu par la perfusion veineuse continue salicylée. — MM. Blanc et Siguier. — Emploi de cette méthode dans tous les cas de rhumatisme articulaire aigu grave à évolution prolongée, avec altération de l'état général et atteinte viscérale. Le traitement est de 6 à 8 gr. par 24 heures, associé à 2 gr. d'urotropine. Accidents possibles minimes. Résultats très favorables. Crises de rhumatisme articulaire pouvant céder en quelques jours.

Un cas parisien d'ariboflavinose. — MM. Richet, Boltanski, Deschamps, Rymer et Deebarre. — Traitement par des injections de riboflavine d'un malade atteint de perte de l'œil droit : la perte de l'œil étant en rapport avec une atteinte des lames de la cornée et de la membrane de Descemet. Affection rare. A signaler la coexistence d'une glossite spéciale : véritable « langue noire ».

Encéphalo-typhus. — Mme Roudinesco. — Cas d'un enfant de 2 ans atteint d'une infection à paratyphique A se traduisant seulement par des signes d'encéphalite d'Oeconomo. Fièvre à 40°. Ponction lombaire négative. Guérison au bout d'un mois, sans séquelles, une crise convulsive accompagna plus tard une rougeole.

A propos de deux cas de tularémie humaine observés à Paris. — MM. Girard, Blass et Ely. — Il s'agit de 2 cas relatés pour la première fois en France, chez le mari à la suite de dépouillage et chez la femme après une préparation culinaire. Sur l'homme, symptômes généraux marqués, chez la femme syptômes initiaux bénins, mais grosse adénopathie chez les deux époux. La monocytose sanguine fit songer à la tularémie confirmée par la séro-agglutination positive.

Asthme et insuffisance cardiaque. — MM. Jacquelin et Turiaf. — Les auteurs soulignent le peu de retentissement de l'asthme sur le cœur. Les causes d'erreur leur apparaissent multiples mais ne traduisent pas une défaillance cardiaque. Il y a des formes d'asthme avec dyspnée d'effort sans crises paroxystiques, la gêne respiratoire se manifestant seulement à l'occasion d'un effort de la journée et l'exploration du cœur restant négative. Ce syndrome peut durer pendant des années et le tableau démontre qu'il ne s'agit ni d'un état cardiaque ni d'un état emphysémateux.

Adénopathies trachéo-bronchiques très volumineuses chez les adultes. — M. Jacob pense que la tuberculose est rarement la cause des adénopathies médiastinales pseudo-tumorales. Il rapporte deux cas, l'un ayant trait à un jeune homme de 23 ans en parfaite santé chez qui les ombres ont été découvertes fortuitement et le second porteur d'adénopathie régressive posant la question d'une forme inusitée d'adéno-lymphoïdite aiguë bénigne.

La narco-analyse psycho-somatique. — MM. Jean Delay, Desclaux et S. Shentoub. — Les auteurs décrivent sous le nom de narco-analyse psycho-somatique une technique qui est, à la fois, une méthode de thérapeutique. Comme méthode d'exploration la première est utile dans le diagnostic des amnésies simulées et des amnésies hystériques. Comme méthode thérapeutique elle donne des résultats remarquables permettant la guérison des complexes psycho-somatiques et des névroses d'angoisse sexuelles et de certaines toxicomanies.

Narco-analyse psycho-somatique et médecine psycho-somatique. — MM. Jean Delay, Desclaux et Shentoub. — Il s'agit dans ce communiqué des résultats obtenus par les auteurs dans le traitement des névroses psycho-somatiques, soit du type émotionnel qui se présentant sous différents aspects, soit neurologiques, soit digestif, soit génito-urinaires ou respiratoires, soit du type caractériel (hypocondriaques, cœnestopathes et même chirurgicaux). Les auteurs insistent sur la nécessité pour poser les indications de la narco-analyse psycho-somatique, d'un examen approfondi du malade au double point de vue somatique et psychologique.

Séance du 5 avril 1946

Pneumothorax bénin au décours d'une septicémie à staphylocoques, guérie par la pénicilline. — M. Marcel Morin. — Septicémie améliorée en onze jours par 1.580.000 U. de pénicilline. Survenue vingt-sept jours plus tard d'un pneumothorax bénin sans épanchement et rapidement résorbé.

Septicémie à « bacillus perfingens » consécutive à des phénomènes de choc d'origine sans doute alimentaire. — M. Lièvre. — Jeune fille atteinte de phénomènes de choc et d'un état infectieux grave après ingestion de conserve de poisson : présomption d'une septicémie anaérobie confirmée par présence du B-perfringens dans l'hémo-culture. Instillations intra-veineuse. de pénicilline-sulfamide et défervescence temporaire. Discussion du traitement à employer en pareil cas.

Un cas de pian. — M. Chevallier. — Présentation d'un malade atteint de pian en période secondaire après incubation de huit mois. Un vésicatoire met en évidence de nombreux *spiro-*

chaeta pallidula de Castellani. L'éosinophilie sanguine fait penser à une filariose.

Un cas de typhus exanthématique à incubation prolongée et apparemment déclenché par un pneumothorax thérapeutique. — MM. Brumpt et Maclouf. — Début sur un déporté polonais de 26 ans d'un typhus exanthématique, huit jours après la création d'un pneumothorax thérapeutique. Les auteurs incriminent l'incubation prolongée et la notion du typhus latent expliquent de façon satisfaisante la conservation du virus en période interépidémique ; hypothèse autorisée par la comparaison avec le pludisme.

Avortement, accidents de la transfusion et facteur Rh. — MM. Izanck, Marchal, Bessin et Isal. — Femme atteinte d'anémie après un syndrome de Banti, ayant présenté un avortement dû au même mécanisme. 3 transfusions de sang Rh négatif ont fait disparaître l'anémie. L'agglutinine anti-Rh avait augmenté de titre après les premières transfusions et une agglutinine secondaire anti-Rh s'était développée dans le sérum de la malade ayant une transfusion de sang.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

Séance du 8 février 1946

Epidurite aiguë traitée par pénicilline, sulfamides et laminectome. — MM. J. Euzière, P. Pagès, J. Vidal, N.-G. Duc et F. Boyer. — Chez un malade atteint d'épidurite aiguë, un traitement par l'association pénicilline-sulfamides fut institué. L'échec de cette thérapeutique conduisit à pratiquer une laminectomie sur les huitième, neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales. La thérapeutique anti-infectieuse fut continuée. Une amélioration notable de l'état général se manifeste après l'intervention. Mais la lésion médullaire demeurant irréversible, apparurent des troubles trophiques cutanés et une infection urinaire. Le malade mourut cinquante jours après la laminectomie. Il est à signaler qu'un œdème thoraco-abdominal, prédominant sur la face postérieure du thorax le long de la colonne vertébrale, à coexisté avec l'apparition de la paraplégie.

Malgré le traitement par la pénicilline, l'évolution de notre malade semble confirmer l'indication opératoire formulée par Froment. Lors d'épidurite aiguë, s'impose « un drainage chirurgical aussi large et aussi précoce que possible » associé à la pénicillino et sulfamidothérapie.

Les souffles cardiaques anorganiques dans la tuberculose pulmonaire chronique. — MM. J. Vidal et Mirouze ont observé avec une relative fréquence au cours de tuberculoses pulmonaires l'évolution prolongée, accompagnées souvent de symphyse pleurale, et constituées avec prédominance par des lésions fibreuses, des souffles cardiaques anorganiques siégeant soit au foyer pulmonaire, soit dans la région apexienne. Les premiers sont dus à une modification de calibre de l'artère pulmonaire par déplacement partiel et asymétrique du médiastin. Les seconds, franchement extra-cardiaques, relèvent du mécanisme classique invoqué par Potain (aspiration d'air dans une languette pulmonaire distendue au moment de la systole) ; la torsion du cœur sur son axe avec rétraction de l'apex dans la profondeur ou encore des adhérences pleuro-péricardiques larges expliqueraient l'apparition du souffle extra-cardiaque apexien.

Intérêt de la radiographie analytique dans la maladie polykystique du poumon. — MM. Ch. Gros et P. Izarn. — A la suite de l'étude radiologique de quatre cas d'images polykystiques pulmonaires, la radiographie analytique nous a paru présenter, sur la radiographie synthétique, pour le diagnostic de telles images, les avantages suivants : 1° Elle révèle parfois des cavités qui n'avaient pas été décelées par la radiographie synthétique, particulièrement lorsque celles-ci sont incluses dans un bloc de tissu fibreux ; 2° Elle permet une juste appréciation du nombre et de la topographie des images kystiques ; 3° Elle supprime les effets de superposition et elle isole parfaitement les différentes images kystiques ; l'étude de leur forme, de leurs contours et de leur mode de groupement en est grandement facilitée ; 4° Plus accessoirement : elle montre la présence de liquide à l'intérieur des cavités kystiques, fait qui passe souvent inaperçu sur les radiographies synthétiques, en raison des faibles dimensions et de la superposition des cavités ; 5° Elle met en évidence en dehors de toute injection lipiodolée, des dilatations bronchiques ou des bronchestasies kystiques associées.

La radiographie analytique apporte donc des éléments d'ordre descriptif et morphologique d'une grande valeur pour le diagnostic des images polykystiques et des cavernes tuberculeuses. Elle permet de dépister ces « fausses tuberculoses » qui sont souvent à l'origine d'erreurs de diagnostic et de traitement. Bien plus l'étude dans le temps par des radiographies en coupe de ces images kystiques nous renseigne parfaitement sur les transformations subies par celles-ci et sur les modifications de leur aspect ; elle nous permettrait ainsi de faire le départ entre la dégénérescence kystique congénitale et les bulles d'emphysème polykystique.

L'œdème de carence chez 196 déportés politiques. L'action du régime déchloruré de la forteresse de Tcherzina. — M. Th. Desmonts indique que la sous-alimentation extrême a déterminé chez la plupart des déportés un œdème de carence pendant leur internement à Neuengamme. Pendant leur séjour dans la forteresse de Tcherzina le régime tout aussi insuffisant mais déchloruré a fait diminuer considérablement l'œdème, montrant l'action du régime déchloruré sur l'œdème de carence.

Les variations du pouls et de la tension artérielle chez 196 déportés politiques. L'action d'un voyage fatiguant du 11 au 14 avril. — M. Th. Desmonts a constaté que ce voyage a déterminé chez ces déportés une accélération considérable et prolongée du pouls et une hausse tensionnelle passagère. De 52,3 au repos, 59 debout avant le voyage, la moyenne du pouls est passée à 79 le 14 avril, 73 le 15, 70 le 16, 66 le 18. De 12,2-7,4 la moyenne de la tension artérielle est montée à 13,9-9,2 le 14 avril et est descendue à 12-7,2 le 16 avril, puis à 11,3-7,10 sous l'action du régime déchloruré et de la fonte des œdèmes.

Aspect radiologique d'ascaris dans le bulbe duodénal. — MM. Godlewski.

Mégadolichoœsophage (présentation de radiographies). — M. Godlewski.

Fréquence des dilatations coliques en période de déséquilibre alimentaire. Quelques-unes de leurs complications. — MM. Godlewski.

Anévrysme de l'aorte abdominale de diagnostic difficile. — M. Godlewski.

Vaccination par le B. C. G. Réaction vaccinale locale et virage simultané des réactions tuberculiniques antérieures au 45e jour. — M. J. Chaptal. Chez une jeune fille, 45 jours après l'inoculation par scarifications de B. C. G., on observe une forte réaction locale au niveau des scarifications qui prennent l'aspect chéloïdien avec adénopathie de voisinage. Simultanément on note la révélation de tuberculino-réactions antérieurement négatives soit une cuti-réaction remontant à 5 mois et deux intradermo-réactions au 1/100e faites l'une quatre mois, l'autre un mois auparavant. Une nouvelle cuti-réaction est du type phlycténulaire.

Syndrome malin au cours d'une scarlatine compliquée d'endocardite. Diarrhée profuse, état semi-comateux, collapsus vasculaire et anurie transitoires. — M. J. Chaptal rapporte l'observation d'un enfant de 10 ans qui présente, au septième jour d'une scarlatine grave, un syndrome malin à manifestation entéritique prédominante : une diarrhée profuse brusquement survenue dure trois heures et provoque une élimination d'environ 10 litres de liquide. Aussitôt, collapsus cardiovasculaire, disparition du pouls radial, chute tensionnelle, état comateux avec délire et accidents lipothymiques, anurie, hyperazotémie. Les accidents cèdent en 48 heures sous l'influence de : sérum physiologique (2 litres par jour), strychnine, syncortyl, digitaline et inophyline. Alors apparaît une endocardite mitrale traitée par pénicillothérapie. Guérison, mais persistance de la lésion mitrale.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 5 avril 1946

A propos des indications de la colpectomie (opération de Lefort) dans la cure des prolapsus utérins. — MM. Burty et Auclair présentent l'observation d'une malade qui, quelques mois après une opération de Lefort, fit des accidents d'hématocolpos, compliqué d'hématométrie, d'hématosalpinx et d'hématocèle dans le Douglas, ayant nécessité une hystérectomie subtotale.

L'observation prouve qu'une femme, autour de la ménopause, peut encore, quatre ans après une interruption de règles totale, voir son cycle menstruel reparaître pour quelque temps.

Pour se mettre à l'abri de pareilles complications, la cure du prolapsus par l'opération de Lefort doit comporter, lorsqu'il s'agit d'une femme ménopausée depuis peu de temps, l'hystérectomie subtotale et fixation du moignon du col.

Le traitement des fractures bimalléolaires vicieusement consolidées. — M. René Charry présente des radiographies de malades chez lesquels il a pratiqué des ostéotomies malléolaires dans le cal, reposition et ostéosynthèse pour des déplacements latéraux importants et anciens.

Il utilise la voie d'Alglave. A propos des cas présentés, l'au-

teur insiste sur la nécessité d'obtenir une réduction parfaite dans les fractures fraîches. Si celle-ci ne peut être obtenue orthopédiquement, il ne faut pas hésiter à intervenir chirurgicalement.

A propos des fractures de la première côte. — M. R. Trial et A. Rescanières (du Val-de-Grâce). — M. F. Masmontel, rapporteur. — Les auteurs apportent trois observations de cette lésion très rare. Dans l'une, la fracture est biltérale ; dans les deux autres unilatérale. Dans deux cas, la fracture est isolée et les signes cliniques sont des plus discrets. Dans le dernier cas, plusieurs côtes sont fracturées et il y a une paralysie radiculaire du plexus brachial. Toutes ces fractures sont postérieures. Dans beaucoup de cas, la fracture serait imputable à une contraction brutale du chef postérieur du scalène.

Les résultats éloignés de la butée intra-articulaire de la hanche. — M. Raphaël Massart présente, avec leurs radiographies, des résultats éloignés de butées intra-articulaires. Il y a une dizaine d'années, frappé par les résultats inconstants de la butée sus-cotyloïdienne, en particulier dans les luxations unilatérales invétérées, l'auteur avait pratiqué l'opération intra-articulaire, suturant la capsule par-dessus le greffon iliaque pédiculé et rabattu. Les maladies ainsi opérées, et qu'il a eu l'occasion de revoir, ont des résultats éloignés excellents. L'appui sur la hanche est solide, la mobilité articulaire conservée et, radiographiquement, l'articulation s'est reconstituée avec un rebord cotyloïdien, coiffant avec exactitude la tête fémorale. Ces résultats éloignés montrent l'excellence de la méthode et prouvent que les critiques qui avaient pu être faites sur la perte de la mobilité de la hanche, étaient sans fondement.

NOTES POUR L'INTERNAT

COMPLICATIONS DES KYSTES DE L'OVAIRE

Les complications des kystes de l'ovaire font tout l'intérêt et le pronostic de ces tumeurs. Leur connaissance explique que l'ovariotomie soit le seul traitement à appliquer à un kyste de l'ovaire dès qu'il est reconnu, si bien que ces complications surviennent, le plus souvent, comme accident révélateur d'un kyste méconnu. Ces accidents dépendent de la nature du kyste, dermoïde, mucoïde et surtout de certains caractères anatomiques. Il faut surtout insister sur :

— L'importance d'un long pédicule ;
— L'enclavement du kyste dans le bassin ;
— L'inclusion dans le ligament large.

Nous étudierons successivement :

— Des complications mécaniques ;
— Des complications infectieuses ;
— Des complications dégénératives ;
— Des complications générales ;
— Des complications obstétricales ;
— Des complications vues au cours de l'intervention.

I. — COMPLICATIONS MECANIQUES

A. Torsion.

De beaucoup la plus importante et la plus fréquente, elle conditionne les autres.

1° *Dans sa forme aiguë typique.* C'est *un accident brutal* caractérisé par la survenue chez une femme jeune ayant, le plus souvent, un kyste ignoré :

D'une *douleur aiguë, brutale* (peut en préciser l'horaire) à localisation hypogastrique ou iliaque, irradiant dans le dos, s'accompagnant :

D'*un état de shock transitoire* et

De *signes de réaction péritonéale* plus ou moins importants : nausées, vomissements, parfois un iléus réflexe.

A l'examen :

Défense et douleur dans la partie basse de l'abdomen.

Chez cette femme, l'examen pratiqué, après évacuation de la vessie, montre au palper bi-manuel :

Un col utérin dévié, un cul-de-sac très douloureux.

Schématiquement, on sent une tumeur arrondie, rémittente, tendue, atrocement douloureuse.

En pratique, le toucher vaginal est rendu très difficile par la douleur et la contracture ;

La difficulté de cet examen local explique les erreurs de diagnostic, d'autant plus qu'il existe des formes trompeuses :

— *Avec hémorragie intra kystique* et signes de shock : simule grossesse extra utérine rompue;
— *Avec iléus paralytique :* occlusion;
— *Avec fièvre :* salpingite aiguë ;
Avec douleur localisée dans la fosse iliaque droite et contracture : appendicite aiguë.

L'essentiel est de ne pas temporiser et de faire un diagnostic d'intervention d'urgence.

2° *Forme subaiguë.* Succession de crises douloureuses d'aspect analogue, mais dont les signes cèdent rapidement : *fréquente.*

Chaque poussée est caractérisée par :

— Des douleurs iliaques ou pelviennes ;
Un état nauseux ou des vomissements ;
Une poussée thermique avec accélération du pouls ;
Du ballonnement abdominal.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal montre si le kyste est connu, que celui-ci augmente de volume devient douloureux, se fixe. Il importe de faire un diagnostic précoce, sinon ces fixations progressives créent des difficultés opératoires considérables et prédisposent à d'autres complications et surtout rupture et suppuration.

Ces torsions, enfin, sont souvent révélées lors de l'intervention.

B. Hémorragies intra-kystiques.

Accompagnent souvent la torsion. La plupart n'ont pas de traduction clinique ou ne se manifestent que par une augmentation légère du volume du kyste.

Il est rare qu'elles soient assez abondantes pour entraîner un tableau d'hémorragie interne. En règle ces hémorragies sont prises pour une torsion pédiculaire.

C. Rupture.

C'est souvent un accident de torsion.

Dans la forme aiguë typique c'est un accident brutal très douloureux, douleur brusque, vomissements, état de shock. Défense plus ou moins nette.

Rien au toucher vaginal.

Un seul signe peut y faire penser : la substitution des symptômes d'ascite à ceux de la tumeur kystique. Cette rupture se fait :

— *Le plus souvent* dans le péritoine aboutissant en l'absence d'intervention ;
— A des greffes et à la *maladie gélatineuse* du péritoine ou pseudo-myxome si le liquide est aseptique (mucoïde) pouvant donner des phénomènes d'occlusion. Les greffes péritonéales, métastases bénignes disparaissent en règle spontanément après ablation du kyste :
— A une péritonite généralisée si le kyste est infecté ;
— Parfois dans un viscère creux, intestin le plus souvent, exceptionnellement à la peau.

Forme subaiguë.

Se traduisant par de petites poussées douloureuses répondant à la fissuration du kyste.

D. Les autres complications mécaniques.

Sont plus des symptômes que des complications :

Il s'agit, en général, de kystes fixes, pseudo inclus, enclavés, Vessie, rectum, veines, nerfs, *uretère :* compression unilatérale dans les kystes inclus du ligament large.

Rarement compression bilatérale : urémie.

La compression des uretères peut enfin déplacer leurs rapports caractéristiques normaux et causer de gros dangers opératoires. Ces déviations de l'uretère sont cependant, il faut le noter, assez exceptionnelles.

II. — COMPLICATIONS INFECTIEUSES

Par voie sanguine, salpingienne ou lymphatique.

Il existe deux formes très schématiques :

a) *Forme aiguë à type péritonéal.*

Débute soit insidieusement, soit assez brusquement, par des douleurs pelviennes, une température élevée oscillante, des frissons, un état général grave, des vomissements.

Localement : tableau de pelvi péritonite avec résistance ou contracture au niveau de l'hypagostre ou d'une fosse iliaque. Culs-de-sac empâtés avec perception d'une masse douloureuse et fixée.

L'évolution se fait *rarement* par ouverture dans le péritoine et péritonite mortelle.

Bien plus souvent l'ouverture se fait dans le rectum après une phase de rectite intense.

b) *Forme subaiguë.*

Beaucoup plus fréquente.

A la suite d'un état infectieux s'installent une fièvre, un amaigrissement qui contrastent avec le caractère minime des signes physiques à tel point qu'on insiste sur la nécessité d'un

examen pelvien systématique chez toute femme jeune qui fait une fièvre, en apparence, inexpliquée.

Si le kyste n'est pas diagnostiqué, celui-ci, s'accompagne bientôt de péritonite péri-kystique avec apparition de douleurs, de signes d'infection suppurée du petit bassin et c'est souvent une suppuration interminable après une colpotomie qui fera le diagnostic rétrospectif et fera enlever la poche résiduelle.

III. — COMPLICATIONS DEGENERATIVES

Complications les plus redoutables.

C'est avant tout la dégénérescence maligne épithéliomateuse :

— *Altération rapide de l'état général ;*

— *Quelques phénomènes douloureux* d'apparition récente ;

— Augmentation anormale et progressive du volume de l'abdomen.

A l'examen :

Ascite souvent hémorragique, kyste fixé augmentant rapidement de volume. Perception de noyaux indurés à la palpation et au toucher vaginal qui découvre un petit bassin véritablement maçonné.

Il faut retenir de cette complication que la présence d'ascite et de kyste est caractéristique.

On pose le diagnostic en sachant, toutefois, qu'il existe des fibromes de l'ovaire qui peuvent s'accompagner d'ascite sans qu'il s'agisse de dégénérescence.

IV. — COMPLICATIONS GENERALES DES GROS KYSTES

Asystolie.

Tuberculose pulmonaire, urémie, cachexie ovarienne, rarement observée de nos jours.

V. — COMPLICATIONS OBSTETRICALES

La conception est possible, mais, en somme, assez rare car l'autre ovaire est presque toujours fonctionnellement diminué (scléro-kystique)..

Enfin, il faut connaître qu'à côté de l'aménorrhée fréquente, il se produit parfois, au cours de certains kystes de l'ovaire, en particulier au cours des kystes inclus dans le ligament large, des métrorragies d'origine congestive. Il convient, au point de vue des complications obstétricales, de séparer les kystes abdominaux et les kystes pelviens.

1° *Les kystes abdominaux.*

Sont influencés par la grossesse. Ils sont sujets à la torsion, aux hémorragies, à la rupture, à l'infection.

2° *Les kystes pelviens.*

Eux, sont beaucoup plus redoutables, ils retentissent sur la grossesse, sont dystociques, pouvant entraîner : une dilatation incomplète, une rupture prématurée de la poche des eaux.

Il faut noter, enfin, la possibilité de rupture de l'utérus.

VI. — COMPLICATIONS VUES AU COURS DE L'INTERVENTION

Les complications de kystes de l'ovaire sont tellement fréquentes et parfois si latentes, qu'elles peuvent être des découvertes d'intervention : hémorragie intra-kystique.

Plus rarement, infection avec réaction périkystique.

Assez souvent, dégénérescence avec végétations intra et extra kystiques.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des complications du kyste de l'ovaire peut être très difficile si le kyste est méconnu.

S'il est connu, il faudra le considérer comme compliqué dès qu'il se fixe, se tend, devient douloureux et surtout s'il apparaît un syndrome péritonéal. Le point important est surtout de *poser le diagnostic d'intervention chirurgicale.*

Si le kyste de l'ovaire n'est pas connu, le diagnostic peut se poser :

1° *En cas de torsion.*

— Avec une *perforation viscérale* et surtout avec une *appendicite aiguë* s'il existe de la fièvre, une défense dans la fosse iliaque droite ;

— Une *occlusion intestinale aiguë* quand la torsion s'accompagne d'iléus paralytique ;

— Une *hématocèle ou voie de constitution ;*

— *Une rupture de pyosalpinx ;*

— Quant aux diagnostics avec la torsion d'un fibrome pédiculé, d'un hydrosalpinx, d'une trompe saine, ce sont des diagnostics d'intervention.

2° *En cas d'infection aiguë :*

Les diagnostics deviennent très difficiles avec une *pelvi péritonite*, un *abcès d'appendicite pelvienne*, un *pyosalpinx*, une *hématocèle suppurée.*

3° *En cas d'hémorragie intrakystique.*

C'est parfois le diagnostic d'un syndrome d'hémorragie interne.

4° *En cas de complications à allure lente.*

Le problème est de rapporter au kyste de l'ovaire des troubles de compression, une ascite, des métrorragies ou une aménorrhée.

5° *En cas de kyste compliqué de grossesse.*

Peut simuler une grossesse lorsque le kyste se développe rapidement et s'accompagne d'aménorrhée :

La coexistence des deux peut simuler une gestation ectopique, une rétroflexion d'utérus gravide, une rétention d'urine.

TRAITEMENT

La gravité et la fréquence des complications des kystes de l'ovaire expliquent la nécessité d'opérer tout kyste de l'ovaire diagnostiqué.

En cas de complications, le traitement se pose de façons différentes, selon les cas.

1° *En cas de complication aiguë :*

Ovariotomie simple et le plus souvent facile si le kyste est tordu et non adhérent.

— En cas d'infection du kyste suppurée et fixé, l'intervention peut devenir très difficile et nécessiter deux temps :

Premier temps : ouverture et marsupilisation.

Deuxième temps : Ablation.

2° *En cas de complication lente :*

L'ovariotomie pour gros kyste inclus ou enclavé entraînant des troubles de compression, peut causer de grosses difficultés.

3° *Au cas de kyste et grossesse.*

— Opérer toujours dans la première moitié de la grossesse ;

— Après le cinquième mois n'opérer qu'en présence d'accidents aigus ;

— Pendant le travail, ne rien faire en cas de kyste abdominal ;

Ovariotomie si le kyste est pelvien.

Robert AUROUSSEAU.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

La leçon inaugurale de M. Charles Richet

M. Charles Richet a pris possession, le 3 mai, de la **Chaire des problèmes alimentaires** dont il est le premier titulaire.

Sa leçon inaugurale avait attiré tous ceux qui admirent le savant pour ses beaux travaux autant que pour ses vertus civiques, aussi fut-il l'objet d'une émouvante ovation lorsqu'il entra, précédé du massier et accompagné par M. le Recteur Roussy et M. le Doyen. La délégation rituelle du corps professoral était composée de MM. Binet, Guillain, Debré, Cadenat, Chabrol, Guy Laroche, Aubertin, Mondor, Cathala, Lévy-Solal, Justin-Besançon, Ameline, Alajouanine, Desoille, Cachera.

Dans l'assistance se trouvaient Mme Charles Richet et Mme Edmond Lesné, Mmes Roussy, Sorrel-Dejérine et Lévy-Solal.

On remarquait dans l'hémicycle M. Rouvillois, président de l'Académie de Médecine, le professeur Hyacinthe Vincent, le professeur Hartmann, MM. Georges Duhamel, Lapicque, Javillier, Edmond Lesné, Rouvière, Strohl, Fernand Bezançon, Lemierre, Loeper, Cavaillon, René Hazard, Courcoux, Labey, Verge, Baumgartner, Gabriel Bertrand, Polonowski, Pierre Mocquot, Champy, Verne.

Je note encore le professeur Castaigne, MM. Etienne Bernard, Moreau, Etienne Sorrel, Mollaret, Lian, Leveuf, Halphen, le médecin général inspecteur Lecomte, Lantuéjoul, Funck-Brentano, Chevallier, Mlle Jeanne Lévy, MM. Gastinel, Huber, Raoul Monod, Robert Monod, Lavier...

M. le Doyen Baudouin fit la présentation d'usage. Il salua, dans le nouveau professeur, le fils de l'illustre physiologiste Charles Richet, et le petit-fils du grand chirurgien Alfred Richet, qui furent tous deux professeurs à la Faculté de Paris. Il s'inclina devant celui qui fut le chef de la résistance médicale et qui fut déporté avec plusieurs membres de sa famille, alors que Mme Charles Richet elle-même était incarcérée à Fresnes.

Les premiers mots de M. Charles Richet furent pour remercier M. le Doyen et ses collègues et pour exprimer à M. le Recteur Roussy ses sentiments d'affection et d'admiration.

Avant de commencer sa leçon, le professeur adressa une pieuse pensée à ceux qui furent ses maîtres : Landouzy, Béclère, Pierre Teissier, Le Noir, Castaigne, Lapicque, Chauffard.....

Chauffard, le plus grand clinicien de ces cinquante dernières années, est celui de ses maîtres auquel il doit le plus.

C'est avec une émotion profonde que, tourné vers le professeur Guillain, il dit son affection pour son maître disparu et pour tous les siens.

Le souvenir du cher Jean Camus est ensuite évoqué, puis, se penchant vers Edmond Lesné, son beau-frère et son plus cher ami, M. Charles Richet rappelle que depuis six ans associé à Le Noir, Lesné s'est consacré avec le plus admirable dévouement et non sans courage, à la défense des enfants de France.

Enfin, M. Charles Richet nous parle de son père, ce savant prodigieux, universel, auquel « on a reproché, parfois, de disperser ses efforts. Reproche injuste, Charles Richet père fut de ceux qui devancèrent leur époque et démontrèrent qu'un médecin doit être à la fois un clinicien, un homme de laboratoire et un homme d'action.

Par la physiologie, il fut amené à l'étude des problèmes alimentaires ; il découvrit la sérothérapie, l'anaphylaxie et ses recherches sur les hémorragies l'ont conduit à l'emploi du plasma.

M. Charles Richet évoque alors quelques souvenirs de famille, il nous parle de son grand-père, le professeur Alfred Richet, il rappelle des souvenirs sur Marey, sur Chauveau, intimes de la maison familiale de la rue de l'Université.

M. Charles Richet aborde le sujet de son cours : l'**insuffisance alimentaire.**

Il commence par déclarer que la Faculté a tenu à honorer en sa personne l'ensemble des médecins de la résistance, en particulier ses amis Pasteur Vallery-Radot, Debré, Etienne Bernard, Desoille, Merle d'Aubigné et surtout ses déportés.

Par leur résistance, par leur fermeté, les médecins déportés ont réussi à maintenir entre les déportés de toutes origines sociales ou confessionnelles une union admirable, opposant à la barbarie nazie la grandeur de la civilisation chrétienne.

....

En hommage aux martyrs tombés dans les camps d'extermination, l'assistance, sur la demande de M. Charles Richet, observe une minute de recueillement.

....

Les méfaits de l'insuffisance alimentaire se sont fait sentir en Europe dès avant 1940. En Espagne, elle fut la cause de la mort de nombreux enfants. En réalité, il y eut, pendant la guerre civile, une véritable famine très meurtrière.

Pendant les années d'occupation, en France, les pillages allemands — et non le blocus — ont amené une situation très grave. Elle n'est pas sensiblement améliorée.

Actuellement, en effet, la ration alimentaire représente la moitié des besoins normaux.

En Italie, la ration est aussi faible.

En Hollande, pendant la guerre, rappelons-le, la ration descendit à 400 calories.

En Grèce, la situation est pire : en cinq ans, on a compté 250.000 morts par inanition.

Dans les camps allemands, à Buchenwald, à Ravensbrück, à Dora, où furent déportés Richet et sa famille, les rations ont été de 30 % d'abord, puis de 60 % au-dessous du minimum des besoins vitaux.

Au total, ajoute M. Richet, si l'on tient compte de la famine du Bengale en 1943, de celle de l'Algérie en 1944, on s'aperçoit que la **famine a détruit, directement ou indirectement, plus d'hommes que les armes de guerre.**

La guerre est terminée, l'alimentation reste insuffisante, on en voit déjà trop les conséquences.

A toutes les époques, la France a eu à lutter contre les famines. Depuis le XVIIIe siècle, nous voyons les savants français s'ingénier à suppléer aux insuffisances de récolte. Parmentier apporte à la France un appoint inestimable. Plus tard, pendant le blocus continental, Delessert et nos savants tirent de la betterave le sucre qui ne nous parvient plus de nos colonies.

Le souci d'assurer aux indigènes leur pain quotidien est à la base de l'expansion coloniale de la France et de la Grande-Bretagne. Les deux puissances amies, au cours de leurs rivalités anciennes, employaient vis-à-vis des populations indigènes la politique du « ventre plein » qui assurait la vie des indigènes et le rendement des colonies. L'avenir, à ce point de vue, est assez sombre. « Libérés », les pays coloniaux retourneront à leur misère d'antan. « Ce n'est pas une prophétie, dit M. Charles Richet, c'est une certitude. »

Pendant le siècle dernier, la France a montré qu'elle pouvait prétendre à la première place parmi ceux qui ont amélioré l'alimentation de l'homme.

C'est Pasteur d'abord, qui, tirant de ses admirables travaux des conséquences pratiques, a permis de sauver d'innombrables enfants par la simple pasteurisation du lait.

C'est Nicolas Appert, qui crée la conconserve.

C'est Charles Tellier, « le père du froid », qui crée l'industrie frigorifique.

Ainsi à chaque époque de l'Histoire, on voit la France à la tête des découvertes.

Dans la période de dénuement que traverse notre pays, nous sommes distancés par les Américains qui prennent la tête.

« Etudiants, mes camarades, mes amis, réparons nos erreurs, sachons travailler mieux, et notre pays reprendra sa place comme par le passé. »

C'est au milieu d'une nouvelle ovation que prit fin la leçon.

F. L. S.

CHRONIQUE

La réforme pratique de l'enseignement médical

Selon un rythme régulier, la question de la réforme des études médicales revient à l'ordre du jour de l'Académie de Médecine, des Sociétés médicales et des groupes d'étudiants, de la « Corpo » de Paris en particulier. Certains jeunes maîtres, MM. de Gennes et Kourilsky, ont déjà pris position au cours d'exposés brillants ; tous veulent des médecins mieux préparés, expérimentés, dignes de leurs aînés. M. le Professeur Leveuf, dans une enquête récente publiée dans le « Figaro », s'est préoccupé du choix de l'élite de la profession médicale et des futurs savants.

A l'Académie, nos maîtres paraissent avoir considéré la question de haut. Seules les idées générales les ont préoccupés. Certains, notamment, souhaitent faire une place plus importante aux sciences médicales comme la physiologie, la physique et même... la statistique, si souvent utilisée à tort et à travers.

Nous savons que ceux qui n'apprécient pas l'admirable enseignement de l'anatomie, tel que l'a conçu Farabeuf, voudraient lui voir céder le pas à la physiologie.

Et cependant, pour que les chirurgiens « pensent » physiologiquement, il faut d'abord qu'ils soient des anatomistes. La dissection est la plus belle leçon de choses qui existe à la Faculté, elle met tous les étudiants au contact direct de l'organisation du corps humain, c'est elle seule qui a permis à l'anatomie de devenir la grande science qu'elle est aujourd'hui, et nous ne comprenons pas qu'elle puisse trouver des détracteurs au cœur de l'Académie. En tous cas, l'enseignement de l'anatomie est le mieux organisé et c'est celui qu'on voudrait détruire alors qu'il est l'enseignement de base.

Il ne le faut pas, car les étudiants ne doivent pas être victimes de querelles doctrinales. Ils ne peuvent pas plus se passer des méthodes et des admirables planches de Farabeuf que de l'étude des travaux d'un Richet, d'un Gley, d'un Langlois et d'un Binet. Tout se tient à l'Ecole pratique, anatomie et physiologie.

La question du recrutement a été étudiée et il semble bien que le « numerus clausus » anti-démocratique ait paru inadmissible. On a reconnu impossible de répartir dans les diverses Facultés les étudiants suivant une proportionnelle aussi intégrale qu'impraticable. Mais nous croyons savoir que certains veulent revenir à cette idée, capitale à leurs yeux, afin de localiser dans leur province d'origine les étudiants en médecine. Avec ce système seuls viendraient à Paris les jeunes gens de la région parisienne. Ainsi un Marcel Labbé aurait été obligé de rester dans son école de Nantes, et Paris aurait perdu un de ses plus grands maîtres. Le système serait, de plus, profondément antinational, la France étant une et indivisible. Paris et la France ne sont pas des enclos et ne doivent pas le devenir.

En considérant les besoins de la masse des futurs praticiens, on ne peut s'empêcher de penser que le stage dont nous allons parler, les leçons orales ou les livres d'un prix inaccessible, sont actuellement des moyens d'étude insuffisants pour faire un praticien complet.

Qu'on le veuille ou non, tous les étudiants ne peuvent pas devenir externes ou internes des hôpitaux au concours, les places étant très limitées. La masse des futurs praticiens ne peut donc être formée que par les stagiaires souvent traités en parents pauvres à l'hôpital.

Avant 1914, sur l'intervention de la « Corpo », les stagiaires furent répartis dans les principaux services hospitaliers et en petit nombre dans chacun d'eux. Rappellerons-nous que Legendre, à Lariboisière, avec Brûlé comme interne, n'avait pas plus de quinze stagiaires, aussi au bout de quatre mois, le plus médiocre élève auscultait-il convenablement, car Legendre et Brûlé ne craignaient pas, avec une admirable patience, de les y exercer tous les matins. Deux fois par semaine, ils faisaient, en outre, des cliniques simples et élémentaires, bien utiles aux stagiaires. Il en était de même chez Siredey, qui savait si bien se mettre à la portée des futurs praticiens. Dans un autre ordre d'idées on pouvait voir dans les consultations de chirurgie de vieux étudiants recevoir de maîtres comme Lapointe et Wiart, à Saint-Antoine, de précieuses leçons de pratique journalière de la petite chirurgie à laquelle ils étaient tous exercés.

L'erreur a été de parquer les jeunes stagiaires dans les services de clinique qui qui auraient dû être réservés aux vieux stagiaires.

L'erreur a été de réserver aux débutants dans ces services un enseignement théorique bien trop élevé pour des élèves ignorant encore l'anatomie et la physiologie de l'homme normal. Celui-ci doit passer, dans l'ordre des études, avant l'homme pathologique. Tant que ce principe sera méconnu, on ne fera que des réformes illusoires.

Et nous revenons ainsi au projet de l'association corporative des étudiants en médecine de Paris, qui, en 1943, reçut l'approbation de nombreux maîtres, dont le professeur Carnot. Ce projet, dont la « Gazette des Hôpitaux » fit l'exposé à cette époque, s'inspirait, à côté des idées traditionnelles de la « Corpo », des idées de Marfan, de Sergent et de celles des syndicats médicaux. Mais, avant tout, il réclamait l'enseignement hospitalier pratique, constant, prolongé et adapté à tous les stagiaires sans exception ; il réclamait le maintien de **l'externat** et de **l'internat**, l'institution de moniteurs de clinique et la création de postes de stagiaires-résidants en 6e année dans tous les hôpitaux de province, en accord complet avec M. le Recteur Roussy.

Si ce programme est adopté, l'enseignement médical sera excellent, mais encore faut-il qu'il soit adopté.

Maurice MORDAGNE.

INTERETS PROFESSIONNELS

Composition du Conseil National

Région de Paris : MM. Portes, Lafay, Oberlin, Remilly ; région de Lille : M. Legrand ; région de Bordeaux : M. H. Bardon ; région de Poitiers : M. Laffitte ; région de Rennes : M. Marquis ; région d'Orléans : M. N. ; région de Toulouse : M. N. ; région de Limoges : M. Robert (Issoudun) ; région de Châlons-sur-Marne : M. N. ; région de Clermont-Ferrand : M. Dufourt (Vichy) ; région de Montpellier : M. Vidal ; région de Marseille : M. de Vernejoul ; région de Lyon : M. Lacroix (Villeurbanne) ; région de Nancy : M. Coulet ; région de Laon : M. Bodson (Hirson) ; région de Rouen ; M. Villey (Caen) ; région de Grenoble : M. Arbassier ; région d'Angers : M. Auvigne (Nantes) ; région de Dijon : M. Deguignand ; région de Strasbourg : M. Duhamel (Colmar) ; région d'Alger : M. N.

Conseil Départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins

Dans sa réunion du 4 avril 1946, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins a adopté un vœu tendant à la modification de la Commission régionale d'épuration et à la possibilité d'appel devant le Conseil national, et une motion sur l'incompatibilité de l'ordonnance du 19 octobre 1945 avec l'honneur et l'indépendance du Corps médical, qu'il est chargé de défendre.

Ces deux textes ont été publiés dans notre dernier numéro.

Il a en outre commencé l'étude de l'application de l'art. 67 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 qui prescrit l'obligation pour tous les membres du tableau de communiquer à l'Ordre tous leurs contrats particuliers.

Il a décidé d'exempter de droit de la cotisation les confrères âgés de plus de 75 ans.

Il informe enfin les confrères de la création de quatre nouveaux centres de pénicilline à Lariboisière, Créteil, Garches et Suresnes.

INFORMATIONS
(fin)

Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux (1er concours, année 1946). — Jury : MM. Leibovici, Gatellier, Mocquot, Charrier, Houdart, Thaleimer, Bréchot, Petit-Dutaillis, Basset, Guimbellot, chirurgiens ; Mouquin, médecin.

Concours spécial pour deux places d'assistant d'obstétrique des hôpitaux (année 1946). — Jury : MM. Digonnet, Séguy, Portes, Lacomme, Sureau, Lantuéjoul, Ravina (Jean), gynécologues accoucheurs des hôpitaux ; Marquézy, médecin des hôpitaux ; Gérard-Marchant, chirurgien des hôpitaux.

Concours pour trois places d'assistant de stomatologie des hôpitaux (année 1946). — Jury : MM. Croquefer, Marie (René), Vilensky, stomatologistes des hôpitaux ; Schaefer, stomatologiste honoraire des Schaefer, stomatologiste honoraire des Hôpitaux ; Vrasse, Lebourg, Cauhepé, stomacin des hôpitaux ; Aurousseau, chirurgien des hôpitaux.

Concours de liquidation de l'internat en médecine (année 1946). Epreuves orales. — Jury : MM. Heuyer, Uhry, Lenègre, Pollet, médecins des hôpitaux ; Renaud (Maurice), médecin honoraire des hôpitaux ; Aubry, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ; Cordier, Cadenat, Guimbellot, chirurgiens des hôpitaux ; Portes, gynécologue accoucheur des hôpitaux.

Prix de l'internat (Chirurgie et accouchement). Médaille d'or. Concours réservé aux internes des promotions d'avant-guerre. — Jury : MM. Deniker, Houdard, de Gaudart d'Allaines, Mocquot, chirurgiens ; Lantuéjoul, gynécologue accoucheur.

Concours spéciaux de médecins, chirurgiens et spécialistes des Hôpitaux communaux des départements de la Seine, de Seine-et-Oise, de Seine-et-Marne.

Ces concours sont organisés en faveur de candidats qui n'ont pu se présenter aux concours ouverts entre le 1er septembre 1939 et le 11 mars 1946 ou qui, n'ayant pu se présenter qu'à un seul concours dans cet intervalle, se sont trouvés gravement défavorisés dans leur préparation.

Ils auront lieu aux dates suivantes :

A. Médecine : 18 juin 1946. — B. Chirurgie : 24 juin 1946. — C. O.R.L. : 26

juin 1946. — D. Electro-Radiologie : 28 juin 1946. — E. Obstétrique : 2 juillet 1946. — F. Ophtalmologie : 2 juillet 1946.

Cloture des inscriptions. — Les candidats doivent déposer le dossier réglementaire 15 jours au moins avant la date des épreuves, à la Direction régionale de la Santé, à Paris, 1, avenue Victoria (4e). Toutefois, comme les dossiers doivent être soumis à l'examen préalable de la Commission nationale de vérification des titres, il est recommandé aux candidats de faire parvenir leur demande le plus tôt possible.

Renseignements. — Pour tous renseignements concernant ces concours, les candidats sont priés de s'adresser à la Direction régionale de la Santé, 1, avenue Victoria (2e étage), tous les jours (samedis, dimanches et fêtes exceptés), de 15 à 17 heures.

Préfecture de la Seine

Concours de l'Internat en médecine. — Des concours s'ouvriront pour le recrutement d'internes en médecine à l'**Hospice départemental Paul-Brousse**, à la section hospitalière de l'**Institut du Cancer** et à la **Maison de retraite Emile-Deslandres**, à Villejuif.

1° Concours de remplacement (groupe hospitalier Paul-Brousse, Institut du Cancer, Maison de retraite) : 29 mai 1946.

2° Concours de liquidation pour les mêmes établissements : 12 juin 1946.

3° Concours normal : 24 juin 1946.

Renseignements et inscriptions, 2-15 mai, concours de remplacement ; 16-29 mai, autres concours. Préfecture de la Seine, annexe Lobau, porte 150.

Facultés de médecine

Le J. O. du 11 mai a publié l'arrêté fixant le règlement du concours d'agrégation des Facultés de médecine pour 1946.

La date du concours sera fixée par un arrêté qui sera publié au J. O. six semaines, au moins, avant l'ouverture du concours.

Faculté de Médecine de Paris

Nomination. — Par arrêté du 2 mai 1946, M. Moreau, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1945, professeur titulaire de la chaire de pathologie médicale (dernier titulaire : M. Chabrol).

Facultés de province

Strasbourg. — La chaire d'anatomie pathologique est déclarée vacante.

Légion d'honneur. Intérieur

Chevalier (à titre posthume). — Le Dr Ganascia, de Tlemcen, décédé pendant l'épidémie de typhus de Tlemcen.

Ordre de la Santé publique

Officier. — Le Dr Schaffner (de Lens).

Chevalier. — Les Drs Courouble (de Bruay-en-Artois), et Crèvecœur (de Calais).

Distinctions honorifiques

Le médecin-commandant Zimmern, attaché au cabinet de M. le ministre de la Santé publique, a reçu la décoration américaine « Bronze Star ».

Le prince régent de Belgique vient de décerner avec effet rétroactif un certain nombre de distinctions à des confrères belges qui comptent beaucoup d'amis en France :

Les Drs Coppez, Debaizieux, Gengou (à dater de 1942) ; le Dr René Sand (à dater de 1943), ont été promus au grade de commandeur de l'Ordre de Léopold.

Les Drs Lambotte et J. Verhoogen ont été promus au grade de grand-officier de l'Ordre de la Couronne (à dater de 1941).

Le Dr René Sand a reçu également la croix de commandeur de l'Ordre de la Couronne (à dater de 1941).

Santé publique

Hôpitaux psychiatriques de la Seine. — Un concours pour la nomination à trois emplois de médecin chef de service des hôpitaux psychiatriques de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, le 25 juin 1946. Pour les conditions, consulter le J. O. du 21 avril 1946, p. 3.367.

Inscriptions au plus tard le 8 juin, à la Préfecture de la Seine, 2, rue Lobau (escalier A, 2e étage, porte 234)

Inspection de la Santé

Sont incorporés dans le cadre commun des fonctionnaires médicaux et paramédicaux, institués à l'articl 4 (3) du décret du 19 janvier 1946, en qualité d'inspecteurs principaux de la Santé, à compter du 1er janvier 1946 :

A la hors-classe du grade au traitement annuel de 210.000 francs. — M. le Dr Delecourt, médecin inspecteur de la Santé, conseiller technique, avec une ancienneté restante d'un an, 5 mois, 15 jours.

A la 1re classe du grade, au traitement annuel de 195.000 francs. — Mlle le Dr Danzig, médecin inspecteur de la Santé, conseillère technique, avec une ancienneté restante d'un an.

A la 2e classe du grade, au traitement annuel de 180.000 francs. — M. le Dr Bernard, médecin inspecteur de la Santé, avec une ancienneté restante de 5 mois, 20 jours.

Les intéressés sont chargés des fonctions de chef de bureau au ministère de la Santé publique et de la Population.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France

Ont été nommés : Membre du Conseil, M. le Professeur Barrabé, professeur de géologie à la Faculté des Sciences de Paris.

Auditeurs : MM. Thieulin, agrégé des Ecoles nationales vétérinaires ; Bitterlin, inspecteur général adjoint des bâtiments civils, président de l'Ordre des architectes (région de Paris) ; Dr Pierre Violet, médecin inspecteur de la Santé du Rhône.

Fichier sanitaire de la prostitution. — Le J. O. du 25 avril 1946 publie une loi du 24 avril, tendant à instituer un fichier sanitaire et social de la prostitution

Certificat d'examen médical avant mariage

Le ministre de la Santé publique et de la Population,

Vu l'ordonnance n° 45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile ;

Sur la proposition du secrétaire général de la Santé,

Arrête :

Article premier. — Le certificat d'examen médical avant mariage, rendu obligatoire par l'article 5 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile, doit être établi conformément au modèle annexé au présent arrêté.

Article 2. — Le secrétaire général de la Santé est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 15 avril 1946.

R. Prigent.

MODELE

Je soussigné, docteur en médecine, ..., certifie avoir examiné, en vue du mariage :

Mademoiselle .... (1)
Madame ....
Monsieur ....

Avant de délivrer le présent certificat, je déclare avoir pris connaissance des résultats des examens :

1° Radioscopique effectué par le dispensaire public de..........., ou radiographique, ou par le docteur .... (2), médecin agréé à cet effet (1) ;

2° Sérologique effectué par le laboratoire agréé de .... (3),

et avoir fait part à l'intéressé de mes constatations et des conséquences que peut avoir son état de santé sur lui-même, sur la santé de son conjoint ou sur la santé de ses descendants.

A ...., le ....

(1) Rayer la mention inutile.
(2) Indiquer le nom du médecin.
(3) Indiquer le laboratoire.

Education nationale

Contrôle médical. — Un concours sur titres est ouvert en vue de pourvoir à contrôle médical dans les lycées, collèges, écoles de métiers, écoles nationales professionnelles.

Les dossiers doivent être adressés aux recteurs d'académie entre le 25 avril et le 25 mai. A Paris, s'adresser, 5, rue Auguste-Vacquerie (16e).

Les médecins actuellement en service cesseront leurs fonctions le 30 septembre. Ils doivent renouveler leur candidature.

Hygiène scolaire et universitaire. — M. le Dr Parisot, professeur d'hygiène et de médecine sociale à la Faculté de médecine de Nancy est chargé d'une mission relative à l'hygiène scolaire et universitaire dans l'Académie de Nancy et il est désigné comme conseiller technique pour un an, à dater du 1er mars 1946.

Armées

Service de santé. — Le J. O. du 1er mai a publié, p. 3665 à 3671, les décrets du 20 avril portant promotions et nominations dans le cadre des officiers de réserve des services de santé.

Marine nationale

Ecole principale du Service de santé de la marine. — Un concours en vue du recrutement d'élèves du Service de santé

de la marine (médecins et pharmaciens) aura lieu les 3, 4 et 5 juillet 1946 dans les centres suivants : Paris, Rennes, Rochefort, Bordeaux, Toulon et Alger.

Les épreuves orales auront lieu à Bordeaux.

Le concours est ouvert aux étudiants en médecine à 4, 8, 12 et 16 inscriptions, âgés respectivement au plus au 1er janvier 1946, de 24, 25, 26 et 27 ans.

La limite d'âge sera reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux, dans les chantiers de jeunesse, ou en captivité, ou dans les organisations de la Résistance.

Places mises au concours : 4 inscriptions : 60 places, dont 40 pour les colonies, 15 pour la marine, 5 pour l'aviation.

8 inscriptions : 13 places, dont 5 colonies, 2 marine, 6 aviation.

12 inscriptions : 15 places, dont 2 colonies, 1 marine, 12 aviation.

16 inscriptions : 15 places, dont 2 colonies, 1 marine, 12 aviation.

Inscription avant le 15 juin 1946 au ministère de la Marine, service de santé, 2, rue Royale, à Paris.

L'instruction complète est en vente à la librairie Vuiber, 63, boulevard Saint-Germain, à Paris.

Retour de mission. — M. le professeur Justin Besançon, qui était parti le 1er avril pour l'U.R.S.S. avec M. G. Jayle, M. Dalsace et quelques confrères, vient de rentrer à Paris.

Pendant le mois d'avril, la mission a visité Moscou, Leningrad et Kiew. Elle a étudié les conditions de l'exercice de la médecine en Russie, visité les centres d'enseignement, en particulier l'Institut de Traumatologie. Elle rapporte de très intéressants documents sur le fonctionnement des services d'hygiène et de prophylaxie, sur le remarquable fonctionnement des premiers secours.

M. Justin Besançon a pu constater que si les médecins français connaissent mal les travaux russes, la réciproque est vraie. Jusqu'à la guerre, les Allemands faisaient des efforts considérables de propagande scientifique. Il importe maintenant d'envoyer en U.R.S.S. le plus grand nombre de publications françaises. C'est sur ce point que s'exerce l'activité du Comité France-U.R.S.S. dont le secrétaire général est le Dr Dalsace.

F. E. M. (Société de secours mutuels pour femmes et enfants de médecins). — La garden-party de la Médecine française qui devait avoir lieu le 19 mai, est remise au dimanche 23 juin et aura lieu à la Maison des Artistes, 11, rue Berryer, Paris (8e).

Mariages

Nous apprenons le mariage de M. Michel Bommelaer, externe des hôpitaux, chevalier de la Légion d'honneur, avec Mlle Gisèle Le François, fille de M. E. Le François, le sympathique éditeur, et de Mme E. Le François.

La bénédiction nuptiale leur a été donnée le 29 avril 1946, en l'église Saint-Sulpice, par le R. P. Riquet.

Le 8 mai a été célébré à Saint-Pierre-de-Chaillot le mariage du Dr François Daudet, fils de Mme Léon Daudet, et de Mlle Thérèse Suquet, fille de M. Suquet, inspecteur général des Ponts et Chaussées, directeur honoraire de l'Ecole des Ponts et Chaussées, et de Mme Suquet.

Nécrologie

Le Dr François Willemin, professeur agrégé du Val-de-Grâce.

— Le Dr Georges Barret, électro-radiologue honoraire des hôpitaux.

Cours

Hôpital de la Pitié. — Chaire des problèmes alimentaires : M. le professeur Charles Richet fera son cours à partir du 6 mai à l'hôpital de la Pitié, amphithéâtre des cliniques.

Le cours a lieu les lundis, mercredis et vendredis à 11 heures.

Sujet des cours : L'insuffisance alimentaire. — Les carences. — Les régimes.

Conférence

M. Denis Browne, F. R. C. S., chirurgien à l' « Hospital for sick Children » de Londres, fera le 30 mai 1946, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre de la clinique chirurgicale infantile (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris (15e), une conférence en français sur la « Pathogénie et le traitement du pied bot varus équin congénital et d'autres déformations de même ordre ».

Chaire d'Hygiène

Examen d'aptitude aux fonctions de médecin breveté de la Marine marchande. — En vue de préparer les candidats à cet examen, qui aura lieu fin juin 1946, un enseignement spécial sera donné au Laboratoire d'hygiène.

Le cours durera du 27 mai au 20 juin 1946. Il comprendra des conférences qui auront lieu chaque jour, et des leçons de bactériologie avec travaux pratiques. Peuvent s'inscrire à ce cours : 1° Les docteurs en médecine, et par exception les étudiants à scolarité terminée, Français et du sexe masculin ; 2° Les docteurs et étudiants en médecine, de nationalité étrangère, qui s'intéressent aux questions d'hygiène maritime et de prophylaxie internationale.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat (guichet n° 4) tous les matins de 10 h. à midi et les lundis, mercredis et vendredis de 14 h. à 16 h. Le droit à verser est de 800 francs. Pour tous renseignements, s'adresser au Laboratoire d'hygiène.

Cours d'hygiène sportive

Un cours élémentaire d'hygiène sportive, à la suite duquel un certificat d'assiduité pourra être délivré, aura lieu au Laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine, du 28 mai au 14 juin, les mardis et vendredis de 14 heures à 16 h. 30

Ce cours gratuit est réservé aux docteurs en médecine et étudiants en médecine de 5e année.

S'inscrire au Laboratoire d'hygiène de 14 heures à 17 heures, sauf le samedi.

Institut régional de Puériculture et d'Hygiène scolaire de Bordeaux et du Sud-Ouest
(Mai-juin-juillet 1946)

Cet enseignement, réservé aux docteurs en médecine et aux étudiants en fin de scolarité comporte des cours théoriques, des travaux pratiques et des stages dans des services hospitaliers de puériculture, ainsi que dans des consultations privées de nourrissons. Un certificat sera délivré à l'issue des cours. Inscriptions au Centre de protection de l'enfance, Hôpital des Enfants, 168, cours de l'Argonne, Bordeaux.

LIVRES NOUVEAUX

Hémoptysies non tuberculeuses et hémoptysies sans causes. Diagnostic par la bronchoscopie et la bronchographie lipiodolée, par Jacques Lecœur, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris, assistant en médecine des Hôpitaux de Paris. Un vol. in-8° de 98 pages avec schémas et 2 planches hors-texte, 130 fr. G. Doin et Cie, édit., Paris.

J. Lecœur, par la pratique de la bronchoscopie, montre qu'on peut connaître, douze fois sur treize, l'origine et la cause de ces hémoptysies, en pratiquant systématiquement dans de tels cas la bronchoscopie et, si celle-ci est négative, la bronchographie lipiodolée. La connaissance de l'origine de ces hémoptysies sans cause est des plus importantes, car seul un tel diagnostic précoce avant l'apparition d'autres symptômes, permet de guérir la lésion causale, et c'est seulement ainsi que l'on peut espérer guérir précocement les cancers bronchiques.

Dans son ouvrage, J. Lecœur expose la valeur respective des différentes méthodes diagnostiques en présence de toute hémoptysie, ainsi que les lésions qu'on peut être amené à découvrir, tant bronchiques que trachéales ou pulmonaires.

Cet exposé est accompagné de la relation des cas que l'auteur a observés ces dernières années.

Ce livre, d'une nouveauté et d'un intérêt incontestables, a une place de premier ordre parmi les ouvrages modernes concernant la pneumologie.

La Médecine d'urgence. Symptômes. Diagnostic. Traitement immédiat. Formulaire. 8e édition entièrement revue, par les Drs C. et J. Oddo. Un vol. in-8° de 840 pages, 490 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris.

Cette huitième édition d'un ouvrage devenu classique dans la bibliothèque du praticien et de l'étudiant, se compose d'une étude clinique et thérapeutique des principales affections médicales qui peuvent, dans la pratique courante, amener le médecin, devant l'urgence du danger, à poser rapidement un diagnostic correct et à instituer immédiatement une intervention médicale efficace.

La portée pratique de ce livre n'a pas échappé aux médecins et explique son succès.

Successivement sont étudiées les affections respiratoires aiguës : Croup et faux croup, asthmes, apoplexie et embolie pulmonaires, hémoptysies, œdème aigu du poumon, pneumothorax, vomiques, points de côté ; les affections aiguës circulatoires : insuffisances cardiaques aiguës, angine de poitrine, infarctus du myocarde, syncope ; les atteintes d'urgence digestives et annexes : crises gastriques, hématémèses, gastro-entérites aiguës, hémorragies intestinales, occlusion intestinale, appendicite, péritonite par perforation, coliques hépatiques ; les affections rénales d'urgence : urémie, hématuries, coliques néphrétiques ; les affections aiguës du système nerveux : apoplexie cérébrale, comas,

paraplégies soudaines, convulsions, épilepsie, hystérie, délires aigus ; les maladies aiguës infectieuses ou diathésiques : goutte, rhumatisme cérébral, coma diabétique, accès pernicieux palustre. Enfin des tableaux synoptiques indiquent les signes cliniques, le diagnostic et la thérapeutique d'urgence des principaux empoisonnements aigus.

Cette nouvelle édition est mise à jour des dernières acquisitions de la science. Ce livre constitue donc bien le manuel que tout médecin doit posséder sur sa table pour pouvoir le consulter au moment de l'urgence, les descriptions cliniques, pathogéniques et thérapeutiques pouvant être ensuite relues dans le calme.

Réanimation et transfusion sanguine, par Arnault Tzanck, Directeur, et Paul Chiche, Assistant du Centre national de Recherches hématologiques et de Transfusion. Un vol. in-8° de 270 pages avec 17 fig. dans le texte et 2 planches hors-texte : 320 fr. G. Doin et Cie, édit., Paris.

La transfusion s'intègre maintenant dans un cadre infiniment plus vaste, qui est celui de la réanimation.

C'est à cette spécialité nouvelle qu'est consacré le volume de MM. A. Tzanck et P. Chiche. Les documents en ont été rassemblés entre 1942 et 1945 et leur étude bénéficie de l'énorme champ d'expérience qu'a fourni la guerre.

Le volume de MM. Tzanck et Chiche comprend deux parties essentielles. Dans la première, sont étudiées les données pratiques de la transfusion : transfuser à bon escient en connaissant les liquides dont on dispose et les indications, transfuser sans danger par la prophylaxie des accidents et l'étude des groupes, transfuser aisément, enfin, par un appareillage simple et une bonne organisation. Ce sont ces différents points que traite cette première partie, dont bien des chapitres sont nouveaux, comme celui des indications, ou mis à jour, comme celui des sous-groupes ou du facteur Rh, ou indispensables à connaître, comme celui des appareillages.

La seconde partie est consacrée à la réanimation proprement dite. Les syncopes, les asphyxies, les lésions par souffles, la déshydratation, les données indispensables sur la sulfamidothérapie et la pénicillothérapie en constituent les principaux chapitres.

Les auteurs ont eu avant tout pour but de fournir aux praticiens de cette nouvelle spécialité un résumé de la documentation nécessaire ainsi qu'un ensemble de conseils pratiques destinés à permettre d'assurer correctement les fonctions si importantes de transfuseur-réanimateur.

Les Rhumatismes, symptômes et traitements, par Jean Lacapère, ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine de Paris. Illustrations en partie d'après Mennel. Un volume in-8° coquille de 136 pages, 90 fr. Amédée Legrand et Jean Bertrand, éditeurs, Paris.

Ce livre a été écrit pour les praticiens et pour les étudiants.

L'étude des maladies rhumatismales aigues et chroniques a été volontairement débarrassée de toutes les discussions étiologiques, pathogéniques, anatomiques et physiopathologiques dont l'exposé rend plus complexes encore les problèmes de diagnostic et de traitement posés par la constatation de « Rhumatismes ».

La brièveté de l'ouvrage est compensée par une densité de renseignements telle qu'elle permet à chacun de s'orienter facilement dans l'étude des cas qui peuvent lui être soumis.

C'est le résultat d'observations cliniques à la portée de tous les médecins, qui a permis la division de l'ouvrage selon une nomenclature très claire. Les conséquences thérapeutiques découlent naturellement de cette nomenclature actuellement adoptée par les spécialistes français.

Ce livre est le guide indispensable de tous ceux qui veulent comprendre les rhumatismes et surtout ne pas se trouver désarmés devant les cas de diagnostic difficile où les renseignements fournis par les livres classiques sont manifestement insuffisants.

La mise au point des thérapeutiques, et surtout leur spécificité fréquente, sera d'un extrême secours aux médecins, pour qui se pose si fréquemment le problème des « douleurs » et des déformations articulaires. C'est la mise au point actuelle de la question.

Entorses du cou-de-pied et entorses du genou. Introduction à l'étude de l'arthrographie, par MM. Léger et Olivier, 215 pages, 85 figures. Masson, 1945.

Comme le dit excellemment le professeur Mondor dans la préface de cet ouvrage, le nombre, la variété des faits nouveaux réunis dans ce travail lui donne une valeur indiscutable. Utilisant des observations inédites ou récemment publiées dans la littérature française, les auteurs commencent par reprendre la question si controversée des dégâts anatomiques que l'on rencontre dans les entorses du cou-de-pied dont ils font une étude clinique et thérapeutique précise.

L'étude anatomo-pathologique des entorses récentes ou anciennes du genou a tiré de précieux documents de l'arthrographie ; les Auteurs en apportent des exemples démonstratifs. Le traitement des séquelles de l'entorse des « genoux instables » est étudiée avec minutie ; on sent en effet qu'il s'agit là d'un problème particulièrement difficile de la chirurgie réparatrice du genou. Le dernier chapitre de l'ouvrage est consacré aux séquelles douloureuses de l'entorse : maladie de Pellegrini Stieda, lipoarthrite traumatique, arthrite chronique.

P. L.

Anatomie médico-chirurgicale du système nerveux organo-végétatif, par H. Gabrielle, Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon, Professeur agrégé de Chirurgie du Val-de-Grâce. Un vol. grand in-8° de 256 pages, avec 98 figures, 350 fr. G. Doin et Cie, édit., Paris.

A l'heure actuelle, il n'est pas de médecin qui ne s'intéresse au système nerveux sympathique. Les hommes de laboratoire s'efforcent de pénétrer sa constitution intime, son mécanisme de fonctionnement, son action physiologique. Les médecins recherchent les troubles qu'il est susceptible de provoquer, les moyens de les calmer ou de les guérir. A la suite de Leriche, les chirurgiens se sont engagés dans une voie nouvelle, pleine de promesses.

Mais, malgré les très nombreux travaux qui lui ont été consacrés, le système nerveux sympathique est encore mal connu. Bien des points restent obscurs ou controversés. Le Dr Gabrielle, anatomiste et chirurgien, s'est efforcé d'établir une mise au point de la question en s'appuyant sur les faits qui paraissent établis.

Il n'envisage pas l'ensemble si vaste du système organo-végétatif, mais surtout sa portion périphérique extra-axiale, la plus accessible et la mieux connue.

La première partie de son travail traite de l'anatomie de la portion périphérique du système neuro-végétatif : description des ganglions et des troncs principaux. Il insiste particulièrement sur les rapports indispensables à connaître pour pratiquer une gangliectomie, une sympathectomie ou plus simplement une infiltration analgésiante. Il décrit parmi ces opérations celles qui paraissent les meilleures ou le plus couramment employées.

Dans une deuxième partie, il étudie la systématisation histo-physiologique du système neuro-végétatif et son mécanisme d'action.

Dans une troisième partie, enfin, il envisage quelques fonctions végétatives particulières, d'après la physiologie normale et pathologique. Il expose dans ce chapitre les résultats déjà obtenus par la chirurgie et essaye de dégager les indications encore très discutées de ces opérations.

Le Granulo-Diagnostic de la tuberculose, par R. Benda, médecin des Hôpitaux de Paris. Un volume in-8 de 96 pages, avec 19 figures et schémas et 2 dépliants, 115 francs. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1945.

C'est la première fois qu'un travail d'ensemble est consacré à cette méthode nouvelle. En songeant à la multiplicité, à la complexité des facteurs capables d'égarer le diagnostic de la tuberculose, quels que soient l'âge du malade ou l'âge de la maladie, on ne trouvera sans doute pas inopportun d'avoir attiré l'attention des médecins sur le concours si précieux que le granulo-diagnostic est susceptible de leur apporter « au milieu de tant d'embûches ».

L'ouvrage est divisé tout naturellement en deux parties : la première groupe les éléments du granulo-diagnostic, c'est-à-dire les faits hématologiques, cliniques et expérimentaux correspondant aux différentes recherches de R. Benda et de ses collaborateurs ; la deuxième partie expose les applications pratiques de ces recherches, à savoir le granulo-diagnostic proprement dit.

L'intérêt de la méthode est à la fois d'ordre pronostique et diagnostique : elle mérite, en particulier, de prendre désormais une part importante au dépistage de la tuberculose dans les collectivités scolaires et militaires. Cela, non seulement à cause de l'extrême simplicité de sa technique, de la rapidité de ses réponses, mais aussi parce que les renseignements qu'elle fournit sont en avance, la plupart du temps, sur les réactions tuberculiniques elles-mêmes.

Certes, on trouvera en outre, dans cette monographie, tous les détails des expériences effectuées, par exemple, à l'aide de bacilles morts enrobés dans l'huile de paraffine, de produits tuberculeux filtrés, de sang ou de sérum de tuberculeux et permettant, du point de vue doctrinal, toute une série de suggestions sur la biochimie du bacille de Koch en général.

Il n'en reste pas moins que son but est essentiellement d'ordre pratique : faire admettre que le granulo-diagnostic — sous sa forme directe ou indirecte — n'a rien qui puisse rebuter un phtisiologue ou, en d'autres termes, que ce phtisiologue « n'a nul besoin de se doubler d'un hématologiste pour apprendre à lire un granulogramme ».

La Pénicilline, par le docteur Léon Coriat, 118 pages, 16 x 24, broché : 140 francs. Librairie Maloine, éditeur, 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VII°). Dépôt légal. — 1946. — 2° trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 11. — 1er JUIN 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Étudiants, 75 fr.; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours spécial de medecin des hôpitaux
(Concours pour des places d'admissibles définitifs)

Jury. — MM. Marchal, Garcin, Louis Ramond, Haguenau, Rachet, Pollet, Moreau, de Sèze, Clément (R.), Etienne Bernard, Gutman, Justin-Besançon.

Concours d'assistant en médecine

Jury. — MM. les Drs Halbron, Duvoir, Rivet, médecins honoraires ; Degos, Harvier, Garcin, médecins des hôpitaux ; Brechot, chirurgien.

Concours spécial pour deux places d'assistant d'O. R. L.

Jury. — MM. les Drs Ombredanne, O. R. L. des hôpitaux ; Le Mée, O. R. L. des hôpitaux ; Chatellier, O. R. L. des hôpitaux ; Hautant, O. R. L. honoraire ; Lemaître, O. R. L. des hôpitaux ; Bouchet, O. R. L. des hôpitaux ; Bloch, André, O. R. L. des hôpitaux ; Péron, médecin des hôpitaux ; Brocq, chirurgien des hôpitaux.

Concours pour deux places de pharmacien des hôpitaux

Jury. — MM. les Drs Mascré, Charonnat, Picon, Couroux, Leroux, Girard, pharmaciens des hôpitaux honoraires ; Cavier, pharmacien des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Concours de prosectorat

Jury. — MM. les Drs Mondor, Meillère, Martin (honoraire), Menégaux, chirurgiens ; Heuyer, médecin.

Concours de l'internat en médecine (liquidation) 1946

Oral : Séance du 15 mai 1946

Notes attribuées : MM. Lévy (Alfred), 12 ; Caramanian, 13 ; Caron, 25 ; Lecointre, 10 ; Bernier, 12 ; Dubois (Jacques), 20 ; Woimant (Bernard), 24 ; Tardieu, 13 ; Bucaille, 13 ; Lebrun (Jacques), 10.

Questions sorties : Signes, complications et diagnostic des oreillons. — Complications des kystes de l'ovaire.

Oral : Séance du 17 mai 1946

Notes attribuées : MM. Hueber, 15 ; Tanzy, 16 ; Karcher, 18 ; Farcot, 16 ; Duval (René), 13 ; Duché (Didier), 22 ; Montouchet, 8 ; Laburthe-Tobra, 11 ; Guillet (André), 9.

Questions sorties : Diagnostic et traitement de la fracture de Dupuytren récente. — Signes et diagnostic du rétrécissement mitral pur.

Oral : Séance du 20 mai 1946

Notes attribuées : MM. Chabrol, 12 ; Weissenbach, 21 ; Simoni, 11 ; Ulmann, 14 ; Dubray-Vautrin, 19 ; Bachy, 16 ; Cazes, 14 ; de Ponton d'Amécourt, 23 ; Sabouraud, 15.

Questions sorties : Signes, diagnostic et traitement de l'érysipèle de la face. — Signes et diagnostic du cancer du col de l'utérus.

Hôpitaux régionaux

Concours régional 1945

Liste des internes reçus au Concours de liquidation de la région parisienne (ordre de mérite :

MM. Le Guyader (Armand) ; Moulonguet (Albert) ; Mselati (Edmond) ; Baudouin (Yves) ; Dubray-Vautrin (Jacques) ; Bentami (Hamida) ; Malvezin (Jean) ; Andréani (Yvon) ; Besson (Pierre) ; Simoni (Robert) ; Caron (Jacques-Jules) ; Pley (Julien) ; Chirié (Marcel) ; Tanzy (Georges) ; Dumoncel (Jacques) ; Gastelman (Raymond) ; Blum-Gayet (Jean) ; Barbier (Edmond) ; Cauchois (Jacques) ; Rémond (André) ; Mintz ((Michel) ; Lévy, dit Leboyer ; Voisin (Guy) ; Lebiednisky (Georges).

Maison départementale de Nanterre

Un concours pour quatre places d'interne en médecine et en chirurgie, et quatre places éventuelles d'interne provisoire s'ouvrira à une date qui sera fixée ultérieurement. Les candidats sont convoqués par lettre.

Le registre d'inscription ouvert à la Préfecture de police (direction du personnel), sera clos le 31 mai 1946 à midi. (Avis reçu le 16 mai, après la parution de notre dernier numéro).

Concours d'agrégation

Le « Journal officiel » du 11 mai a publié, ainsi que nous l'avons annoncé, l'arrêté fixant le règlement du concours d'agrégation des Facultés de médecine.

Le « Journal officiel » du 18 mai publie l'arrêté fixant l'ouverture du concours au jeudi 4 juillet 1946.

Les registres d'inscription seront clos le 30 juin 1946.

Faculté de médecine de Paris

Nominations. — Par arrêté en date du 21 mai 1946, M. Verne est nommé professeur titulaire de la chaire de biologie médicale nouvellement créée.

Par arrêté en date du 22 mai 1946, M. Etienne Bernard, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique de la tuberculose (en remplacement de M. Jean Troisier, décédé).

M. H. Desgrez est nommé professeur titulaire de la chaire de radiologie médicale nouvellement créée.

M. Lelong, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de puériculture nouvellement créée.

M. Giroud est nommé professeur titulaire de la chaire d'embryologie nouvellement créée.

(J. O., 25 mai 1946.)

Chaire de stomatologie. — M. le Dr Dechaume est nommé, à compter du 1er janvier 1946, professeur titulaire de la chaire de stomatologie créée à la Faculté de médecine de l'Université de Paris (J. O., 15 mai 1946).

Professeurs sans chaire. — Ont été nommés professeurs sans chaire, les professeurs agrégés : M. Brûlé, Mlle Jeanne Lévy, M. Piedelièvre.

Facultés de province

Alger. — M. Mandoul, agrégé (Bordeaux) est nommé professeur titulaire de la chaire de parasitologie et zoologie médicale à la faculté d'Alger (dernier titulaire : M. Sévenet).

M. Thiodet, agrégé (Alger) est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine légale de la faculté d'Alger (dernier titulaire : M. Giraud).

Lyon. — MM. les Prs agrégés Jourdan et Piffault ont été nommés professeurs sans chaire.

Marseille. — MM. les Prs agrégés Arnoux et Piéri ont été nommés professeurs sans chaire.

Montpellier. — M. le Pr agrégé Monnier a été nommé professeur sans chaire.

Toulouse. — MM. les Prs agrégés Guilhem et Baisset ont été nommés professeurs sans chaire.

Ecoles de médecine

Besançon. — M. Rolland, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de clinique médicale.

M. Gomet, professeur suppléant, est nommé professeur titulaire de pathologie interne.

Rennes. — M. Lamache, professeur titulaire de la chaire d'histologie et embryologie, est transféré dans la chaire de clinique médicale.

Légion d'honneur

Mme Pagniez, femme de notre collègue et ami le Dr Pagniez, membre de l'Académie de médecine, vient de recevoir la croix de chevalier de la Légion d'honneur. On sait que Mme Pagniez, qui fut un des chefs de la Résistance, a été déportée par les Allemands à Ravensbrück, et qu'elle a donné un magnifique exemple de courage et de dévouement.

Elle vient d'autre part de recevoir la médaille de la Résistance, avec rosette.

Qu'elle veuille bien nous permettre de lui adresser nos très respectueuses félicitations.

PRÉSIDENCE DU GOUVERNEMENT

AU GRADE DE CHEVALIER. — La Croix-Rouge française. Institution qui, depuis sa création, a toujours fidèlement rempli son rôle d'auxiliaire du service de santé militaire au cours des différentes guerres soutenues par la France aussi bien outre-mer que sur son territoire.

GRAND-OFFICIER. — Médecin général de 1re classe de la marine Oudard.

COMMANDEURS. — Médecin général de 1re classe de la marine Le Chuiton.

Médecin général de 2e classe Hamet.

Médecin général Abadie.

Médecin général Robert (C. de santé colonial).

M. Frédéric Joliot-Curie, membre de l'Institut.

OFFICIERS. — Pharmacien général Burollet; médecin colonel Jeansotte (C. S. colonial) ; médecins colonels Hombourger et Jarry ; médecins lieutenants-colonels Villain, Cochard, Tressarieux, Didiée, Guillermo, Pélissier ; médecin commandant Collet ; médecin capitaine Vourc'h ; médecin colonel Tissaul ; médecin commandant de Monti-Rossi (S. S. colonial) ; les médecins en chef de la marine Larch'ant, Morvan, Verliac.

CHEVALIERS. — Les médecins principaux Guilbert, Le Faou, Gaudin, Le Gall ; les médecins de 1re classe Chamfrault, Puech, Gérard, Haulon ; les médecins de 2e classe Lefort, Morin, Weill, Perdoux, Gaille ; le médecin en chef de 2e classe Boyer ; les médecins principaux Morali, Daninos, Coucke; le médecin de 1re classe Turillot ; les médecins de 2e classe Sapin-Jaloustre, Dufourmantel, Ducamp, Benedettini ; les pharmaciens Peron et Dizerbo ; médecin lieutenant Bapst (Pierre) ; docteur Antonetti (Henri-Charles), médecin lieutenant colonel d'Audibert, Caille du Bourguet, Rey, Sabadini ; médecins commandants Jamand, Andréa, Cazalas, Roux, Couillard, Peyre, Fouquet, Carrère, Charbonnier, Mourot, Sadler, Chappoux, Valle, Stotzel, Martin, Sicrist, Demonfaucon ; médecins capitaines Lecroux et Vieille ; pharmaciens commandants Chalono et Lescop ; dentiste capitaine Boucherie.

Méd. col. Guilliny ; méd. lieut.-col. Goiran, Bernet, Long, Bonnetblanc, Guitton, Sainz, Le Tailler, David, Passerieux ; médecins commandants Fitoussi, Camenan ; pharmacien lieutenant-colonel Dantec.

Médaille militaire. — Médecin auxiliaire Faure (Henri-Adrien), Ne bataillon médical. Pharm. aux. Dissard.

Citations à l'ordre de l'armée

Médecin commandant Léger (Jean-Paul), commandement des troupes du Cambodge.

Carn, médecin de 1re classe de la marine.

Sandot, méd. 2e cl. de la marine.

« **L'école du service de Santé militaire de Lyon** : fière d'un long passé de gloire militaire et scientifique et d'une tradition permanente de dévouement à la patrie et à l'humanité, a formé des promotions d'élèves qui, pendant la campagne 1939-1940 et les campagnes de la Libération, dans la Résistance comme dans les camps de prisonniers, ont acquis, par leur abnégation, leur héroïsme et leur valeur technique, la reconnaissance de leurs blessés et l'admiration de leurs compagnons d'armes. »

L'épée d'honneur du professeur H. Hartmann, lui sera remise le mercredi 12 juin 1946 à 11 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. La cérémonie sera présidée par M. le recteur G. Roussy.

Suite des Informations, p. 246.







REVUE GÉNÉRALE

LES EMPYÈMES MÉDIASTINAUX

par P. et H. Fraisse (de Lyon)

Il s'agit d'une affection certes rare, mais dont il importe de bien connaître l'existence : ce n'est que très tardivement, en effet que le diagnostic en est le plus souvent fait par le médecin, après une longue période d'incertitudes et d'atermoiements.

Historique. — Ce n'est guère que depuis la fin du xixe siècle que la question des pleurésies médiastines, dont l'existence au cours d'autopsies avait déjà été notée par les vieux auteurs (Laënnec, Andral), entre dans le domaine de la clinique. Son étude considérablement facilitée par la radiologie, s'est peu à peu précisée, enrichie de formes topographiques variées, en même temps qu'apparaissait sa rareté par rapport à d'autres affections, la simulant sur les clichés : dilatation des bronches en particulier.

Grancher, dans la thèse de Veliminovitch décrit les formes antérieures sèche et séreuse ; Dieulafoy, les formes purulentes postérieures ; Chauffard les formes séreuses postérieures ; en 1921, Weill, Gardère et Dufourt individualisent dans les formes antérieures une variété haute spéciale au nourrisson.

Au point de vue radiologique, les travaux de Chauffard, de Roubier dans la thèse de Carle, en 1928, de Duheim et Seguin précisent les caractères de l'affection. Tandis que Rist, en 1927, et à sa suite de nombreux auteurs (Sergent et Bordet, Bezançon, Apert, Gendron et Levesque) montrent la cause d'erreur que représente la dilatation des bronches, cause la plus fréquente des images triangulaires paracardiaques. Leleu, dans sa thèse (1934), Debré et Lamy (1935), D'Hour (1936), fournissent leur contribution au démembrement étiologique de ces images triangulaires.

Etiologie, voie de l'infection. — De l'étude précise des circonstances étiologiques ressortent les données suivantes :

1° Les empyèmes médiastinaux apparaissent dans l'immense majorité des cas à la suite d'affections pulmonaires aiguës (pneumonie franche, congestion pulmonaire, abcès et gangrène pulmonaires). La dilatation des bronches, fait assez curieux, puisqu'on connaît la fréquence au cours de l'affection, des pleurésies purulentes (Sergent et Oury) est exceptionnellement en cause : Roubier en rapporte cependant un cas. La tuberculose pulmonaire est une cause exceptionnelle ;

2° Bien plus rarement le point de départ de l'affection est médiastinal : perforation de la trachée (Andral), perforation de l'œsophage (Luxembourg et Grinkrant), cancer de l'œsophage (D'Hour). Les affections médiastinales semblent donner bien plus volontiers des suppurations proprement médiastines, suppurations du tissu cellulaire, que des empyèmes médiastinaux ;

3° La localisation médiastinale peut représenter une séquelle d'un épanchement de la grande cavité : cas relativement fréquent ;

4° Il est exceptionnel que la propagation de l'infection se fasse à partir du péritoine (Cuffer, Chabrol et Cottet) ;

5° Enfin, fréquemment, la pleurésie médiastine apparaît comme une affection primitive ; il s'agit vraisemblablement dans ces cas d'atteintes pleuro-pulmonaires dans lesquelles l'élément pulmonaire est moins important ou subit une évolution régressive.

Nous décrirons successivement les différentes formes topographiques des empyèmes médiastinaux : empyèmes du médiastin postérieur, empyèmes du médiastin antérieur, formes hautes, enfin localisations rares.

I. Les empyèmes postéro-inférieurs : variété la plus fréquente. Ils apparaissent le plus souvent chez l'enfant ou l'adulte jeune au-dessous de 40 ans. Comby a insisté sur la fréquence, en général, des pleurésies médiastines chez l'enfant.

1° *Début.* — Le début est le plus souvent brusque, mais avec un caractère si banal des signes fonctionnels et généraux (température, frissons, toux, douleurs thoraciques), une si grande pauvreté des signes d'examen, que souvent des semaines se passent avant que l'apparition de signes de compression médiastinale, la constatation à l'examen d'une zone de matité paravertébrale ne viennent éveiller dans l'esprit du médecin l'idée d'un épanchement médiastinal postérieur ;

2° *Période d'état.* — Les signes de compression, lorsqu'ils existent, sont souvent en retard de plusieurs jours ou de plusieurs semaines sur l'élévation thermique initiale. Ils sont d'ailleurs très inconstants (un peu plus de 1/3 des cas seulement) et ne réalisent qu'exceptionnellement le grand syndrome médiastinal de certaines tumeurs.

L'état général est atteint : température, amaigrissement, anémie.

L'examen montre, le plus souvent, seulement, une zone de matité paravertébrale avec obscurité respiratoire ; les signes proprement pleuraux sont exceptionnels. Souvent d'ailleurs les signes précédents se dissimulent derrière la séméiologie complexe de l'affection pulmonaire causale ou d'épanchement associé. On conçoit dès lors toute l'importance de l'examen radiographique auquel nous consacrerons donc un paragraphe spécial.

Les données conjointes de l'examen clinique et de la radio guideront la ponction. Roubier recommande de ponctionner très en dedans, à trois travers de doigts des apophyses épineuses et très profondément.

3° *Evolution et pronostic.* — La collection spontanément abandonnée à elle-même a peu de tendance à évoluer vers la peau dont la séparent des plans musculaires épais. L'évacuation se fait en général par vomique, vomique tardive qui peut entraîner une amélioration parfois rapide et même saisissante (Dieulafoy), parfois passagère. La fistulisation œsophagienne est exceptionnelle (Acuna et Betinotti). Le traitement médical a pu, aidé ou non par la vomique, guérir certains malades. On doit le concevoir actuellement plutôt comme un adjuvant ou une préparation au traitement chirurgical. Le pronostic général semble favorable ; c'est certainement la forme la moins grave des empyèmes médiastinaux.

4° *Etude radiologique.* — On sait qu'à la suite des travaux de Chauffard, Armand-Delille, Lévy et Marie en 1923, et surtout de Rist en 1927, la plupart des images en équerre correspondent en fait à des dilatations bronchiques. Tous les travaux ultérieurs n'ont fait que confirmer cette donnée.

La pleurésie médiastine postérieure, bien plus rare, se traduira en position frontale : parfois par une image doublant l'oreillette droite à convexité externe, laissant libre le cul-de-sac diaphragmatique ou, plus souvent, s'étendant jusqu'au diaphragme ; plus fréquemment, par une image triangulaire paracardiaque droite ou gauche, difficile dans ce dernier cas à dissocier de l'ombre cardiaque. Bernou donne quelques caractères particuliers à ces images triangulaires : à la différence des images de Rist, elles débutent fréquemment non au hile, mais un peu au-dessous ; le bord externe n'est pas exactement rectiligne, mais le plus souvent convexe en dehors, plus rarement en dedans. Ces caractères sont en fait contingents (Debré et Lamy).

L'examen en position oblique précisera le siège postérieur de la collection : Roubier a insisté dans la thèse de Lacorre sur l'intérêt de cette incidence oblique.

La tomographie pourra rendre des services (Dechaume, Paul Girard et Guinet). De même l'injection d'air ou de lipiodol (D'Hour). Ajoutons enfin qu'une pleurésie médiastine évacuée dans les bronches donne une image hydro-aérique très difficilement différenciable d'un abcès pulmonaire.

5° *Diagnostic.* — Le diagnostic est ainsi que le dit D'Hour, ayant tout radiographique. Le diagnostic positif reposera sur :

a) Les signes fonctionnels de compression médiastinale, très contingents comme nous l'avons vu ;

b) Les données de l'examen clinique avec la constatation d'une zone de matité paravertébrale, s'accompagnant d'obscurité respiratoire ;

c) Les renseignements de premier plan fournis par la radiologie : nécessité d'examiner le malade à la radioscopie de façon à le voir en oblique et en profil sous différentes incidences, nécessité de bons clichés pris dans la position la plus favorable, de tomographie parfois ;

d) La ponction enfin, guidée et dirigée par l'examen radiologique, qui permettra de découvrir la collection purulente et d'y injecter de l'air ou du lipiodol de façon à en faciliter le repérage radiologique.

Le diagnostic différentiel est celui des images triangulaires paracardiaques : dans un article des *Archives de médecine des enfants*, Debré et Lamy étudient les différentes affections susceptibles de donner de telles images plus ou moins modifiées.

Tout d'abord et avant tout la dilatation des bronches : chez ces malades vus souvent à un stade tardif, où la collection s'est fistulisée dans les bronches, expectorant chaque jour un à deux crachoirs de pus, présentant parfois de l'hippocratisme des doigts, on conçoit la facilité d'erreur de diagnotic. Nous avons vu que la dilatation des bronches des lobes inférieurs se traduit radiologiquement par l'image de Rist, image un peu différente de celle de la pleurésie médiastine, ainsi qu'y insiste Bernou. Pour cet auteur, « dans tous les cas le diagnostic différentiel de l'ombre de la pleurésie médiastine et l'image triangulaire reste assez facile ». Telle n'est pourtant pas l'opinion générale. D'après Debré et Lamy, l'hypothénuse de l'image triangulaire de Rist peut-être, tout comme dans la pleurésie médiastine, soit rectiligne, soit légèrement concave ou convexe ; quant à la disparition de l'opacité en position oblique, c'est un fait très contingent. La ponction même ne met pas à l'abri des erreurs. D'Hour signale le cas d'un malade chez qui l'existence d'une image triangulaire ayant fait penser à la pleurésie médiastine, la ponction ramena du pus. Or il s'agissait en fait, ainsi que le montra la cytologie de ce pus, avec présence de cellules bronchiques, de pus bronchique, et le

malade était atteint de dilatation des bronches dont le lipiodol vérifia l'existence. Celui-ci reste donc, dans les cas douteux, en définitive, le moyen de choix au point de vue diagnostic : très souvent il montrera, dans l'opacité triangulaire, l'existence de dilatation, vérifiant ainsi cette notion, établie par RIST et maintenant elassique de la fréquence de la dilatation des bronches et de l'extrême rareté de la pleurésie médiastine.

Les atélectasies pulmonaires du lobe inférieur peuvent également donner un petit triangle de base paracardiaque d'opacité homogène à limites nettes. Chez le nourrisson à médiastin très souple, il s'y associe habituellement une attraction cardio-médiastinale manifeste qui attire immédiatement l'attention. Cette attraction est habituellement trop peu marquée chez l'adulte pour être utile au diagnostic. Le lipiodol vérifiera l'existence d'une sténose bronchique.

La coqueluche dans ses formes graves peut également, ainsi que l'ont montré GOTTCHE et EROS, FEYRTEN en Allemagne, DEBRÉ en France, donner une exagération des images broncho-vasculaires hilio-basales et même, dans certains cas, un véritable triangle paracardiaque. D'après FEYRTEN, ce triangle correspondrait à une atélectasie par bouchon muqueux, ce qui rapproche cette étiologie de la précédente.

Enfin les lésions du lobe cardiaque (pneumonie, lobite cardiaque tuberculeuse, bronchectasie du lobe cardiaque), sont également susceptibles de donner une image triangulaire de base. Cette éventualité n'est pas en pratique à discuter, étant donné la rareté des cas publiés et l'incertitude qui s'attache toujours à leur existence réelle. Dans un cas de DEBRÉ, MIGNON et Mme PICHON, où le diagnostic fait du vivant du malade, avait été celui de pneumonie du lobe cardiaque, l'autopsie ne montra qu'un épaississement de la partie inférieure de la scissure du lobe inférieur.

Cependant toutes les pleurésies médiastiques postérieures ne se traduisent pas, soit du fait de la topographie ou du volume de la poche pleurale, soit et surtout du fait des lésions pulmonaires fréquemment associées, par une opacité triangulaire de base.

Il est une affection avec laquelle le diagnostic se posera en pratique fréquemment, c'est l'abcès pulmonaire : la constatation d'une image opaque sous toutes les incidences radioscopiques et dans tous les plans de la tomographie, sans perte de substance, sera très en faveur de la pleurésie médiastine.

En résumé deux affections surtout stimulent de très près la pleurésie médiastine postérieure, et du fait de leur fréquence bien plus grande, sont presque toujours prises à tort pour elle ; la dilatation des bronches et l'abcès pulmonaire. Certes l'existence de signes de compression médiastinale rend le diagnostic facile, mais nous avons vu leur rareté. Dans la dilatation des bronches, c'est le lipiodol bronchique qui tranchera le diagnostic. Dans l'abcès pulmonaire du lobe inférieur, le diagnostic est plus délicat : la radiologie avec ses possiblités (radioscopie sous différentes incidences, radiographie, tomographie, radiographie après injection de lipiodol) est d'un grand secours. Il n'en reste pas moins que parfois, seule, l'intervention viendra rectifier un diagnotic erroné.

II. L'EMPYÈME ANTÉRO-INFÉRIEUR :

C'est une variété plus rare que la précédente, dans la proportion de deux à trois environ.

1° *Début.* — Le début est rarement insidieux, simulant la tuberculose pulmonaire (BOUVERET) ou même remarquablement latent (DEVIC et SAVY, ARDOUIN). C'est en général le début aigu de toute affection pulmonaire grave : frissons, température, points de côté, toux, expectoration roussâtre.

2° *Période d'état.* — L'examen montre, le plus souvent, à la période d'état, une zone de matité parasternale droite ou gauche, avec obscurité respiratoire, légère déviation de la pointe. L'examen en impose fréquemment pour une péricardite.

3° *Evolution et pronostic.* — L'évolution de l'affection abandonnée à elle-même est sévère, bien plus sévère que celle des épanchements postérieurs, peut-être du fait de la rareté des vomiques, souvent curatrices dans les variétés postérieures, ainsi qu'on l'a vu. L'évolution naturelle peut se faire vers la peau (PEL, ARDOUIN). Fréquemment; l'épanchement ne sera qu'une découverte d'autopsie. Seul le dépistage plus précoce et le traitement chirurgical pourront améliorer le pronostic de cette variété.

4° *Etude radiologique.* — Elle a été faite surtout par DESTOT et on a ajouté, depuis, peu de choses à sa description. La pleurésie médiastine antéro-inférieure se traduit en frontale par le même aspect que la pleurésie postérieure : soit ombre convexe en dehors, doublant l'oreillette droite ou le ventricule gauche d'opacité homogène, tranchant nettement sur le parenchyme pulmonaire, soit ombre triangulaire paracardiaque. En oblique ou en profil, l'opacité se projette sur la partie antérieure du médiastin. Cette opacité ne présente aucun battement. L'injection après ponction d'air ou de lipiodol facilitera la localisation précise.

5° *Diagnostic.* — Le diagnostic positif repose sur :

a) La constatation d'une zone de matité parasternale se confondant avec la matité cardiaque avec silence respiratoire à ce niveau ;

b) Les données radiologiques ;

c) La ponction, enfin, qui permettra un repérage radiologique et opératoire précis.

Cependant, un certain nombre d'affections sont capables de réaliser une séméiologie physique ou radiologique semblables.

La *péricardite.* — DESTOT a particulièrement insisté sur ce diagnostic. L'absence de battement est en faveur d'une pleurésie médiastine, mais la péricardite peut donner une opacité sans battement (BECLÈRE et VAQUEZ). L'injection gazeuse de l'estomac pourra montrer, en cas de péricardite un bombement de la face diaphragmatique avec immobilisation. En définitive, le meilleur caractère distinctif, en faveur de la pleurésie médiastine, est encore le caractère unilatéral de l'ombre surajoutée (D'HOUR).

Les *affections du lobe moyen.* — L'opacité triangulaire de siège antérieur de la pleurésie médiastine antéro-inférieure risque également d'être confondue avec les densifications du lobe moyen, en particulier l'atélectasie de ce lobe. Cependant, sur les profils, l'atélectasie lobaire moyenne donne une image triangulaire dont la netteté rectiligne des bords n'appartient pas bien à la pleurésie médiastine.

Les *suppurations du médiastin antérieur.* — Enfin, les suppurations du médiastin antérieur peuvent simuler la pleurésie médiastine cliniquement et radiologiquement. Il s'agit, le plus souvent, d'abcès froids en rapport avec des ganglions caséifiés ou une ostéite sternale ou costale.

III. LES EMPYÈMES DU MÉDIASTIN SUPÉRIEUR :

Ils furent décrits pour la première fois par WEIL, GARDÈRE et DUFOURT en 1921 : forme haute antérieure simulant une pneumonie du sommet. En 1932, GARDÈRE, SAVOYE et CHANALEILLE en rapportent une variété postérieure. Ces formes hautes et purulentes sont rares et presque l'apanage des nourrissons.

1° *Début.* — Le début de l'affection est toujours brutal : frissons, brusque ascension thermique, polypnée. Dans un cas, le début a été marqué par des convulsions avec signes méningés (MOURIQUAND, Mlle WEIL et WENGER). L'examen montre alors presque toujours des signes de pneumonie ou de congestion pulmonaire du lobe supérieur.

2° *Période d'état.* — La température se maintient élevée ou remonte rapidement après la déferveseence habituelle des processus pneumoniques. Outre les troubles respiratoires d'ordre banal (respiration rapide, parfois de type inverse), des troubles de compression médiastinale peuvent apparaître : dans une observation la toux rauque évoquait la compression bronchique que devait vérifier l'autopsie (WEIL, GARDÈRE et DUFOURT) ; dans un autre cas, existaient de la dysphagie, du hoquet, de la raucité de la voix (thèse de VEBER).

Les signes physiques sont bien particuliers et rappellent, ainsi que le disaient WEIL, GARDÈRE et DUFOURT, la pneumonie du sommet. On peut constater une immobilité de la région sous-claviculaire, rarement de l'œdème de la paroi. A la percussion, on trouve, en général, en avant, « une matité avec obscurité respiratoire localisée, franchement sous la clavicule, occupant les deux ou trois premiers espaces intercostaux et s'étendant plus ou moins vers la ligne axillaire antérieure » (WEIL, GARDÈRE et DUFOURT).

Parfois, existent, en outre, des signes nets d'épanchement pleural : égophonie, pectoriloquie aphone. Plus rarement les signes prédominent en arrière : la matité est maxima à ce niveau et on entend, entre la colonne et l'omoplate, un léger souffle tubaire. Enfin, signe négatif important, le cœur n'est pas déplacé, sa matité n'est pas augmentée, les bruits sont normaux, ce qui oppose cette variété aux formes basses simulant la péricardite.

3° *Etude radiologique.* — Les pleurésies médiastines hautes sont souvent difficiles à reconnaître à l'examen radiologique, du fait de la coexistence de lésions associées.

De face, elles se traduisent par une opacité siégeant au-dessus de la base du cœur, remontant plus ou moins vers la clavicule. Son bord interne se confond avec l'ombre médiane, son bord externe dans tous les cas parfaitement net et tranché, décrit soit une courbe de convexité externe, soit une ligne droite qui de la base du cœur, gagne la clavicule en un point plus ou moins éloigné de la ligne médiane. Les bords ne présentent pas de battement. L'opacité est uniforme, un peu moins marquée que celle du cœur. D'après CASTRONOVO « la trachée, par sa situation centrale, subit facilement l'effet de la poussée latérale et tend à être déviée. C'est elle qui marque la limite interne de l'épanchement ».

En position oblique l'espace clair rétro-sternal ou rétro-cardiaque, selon les cas, est obscurci par l'opacité de l'épanchement.

4° *Ponction.* — La ponction pratiquée en pleine zone de

matité soit en avant, soit en arrière, ramènera du pus. HALLÉ a fait allusion à la Société de Pédiatrie à un cas de mort subite dont il fut témoin lors d'une tentative de ponction de pleurésie médiastine.

5° *Evolution et pronostic.* — Sur 4 observations publiées dans la littérature, nous trouvons deux morts rapides en deux ou trois semaines et deux guérisons, l'une après une seule ponction, l'autre après institution d'un pneumothorax thérapeutique.

6° *Diagnostic.* — Le diagnostic positif repose sur la constatation d'une matité, en générale, sous-claviculaire franche, avec obscurité respiratoire, rarement signes pleurétiques nets ; l'existence d'une opacité triangulaire haute accolée au médiastin à la radioscopie ; la confirmation fournie par la ponction.

La difficulté du diagnostic tient souvent au fait que ces signes précédents sont parfois masqués par des manifestations pulmonaires ou pleurales surajoutées.

Le diagnostic différentiel se pose avec :

a) La pneumonie du sommet. Elle se traduit par des signes d'examen voisins. L'existence de signes de compression médiastinale, la constatation de signes d'épanchement pleural, lorsqu'ils existent, trancheront les doutes. La radio montre une opacité différente : ombre triangulaire à base axillaire ou ombre en casque ;

b) L'hypertrophie du thymus peut donner des signes comparables. Radiologiquement, elle se traduit par une opacité médiane et symétrique, quoique souvent plus marquée d'un côté que de l'autre. Cette opacité correspond en transverse à l'espace rétrosternal. Dans certains cas douteux, l'épreuve du traitement radiothérapique, en faisant rapidement céder les accidents, aurait une valeur diagnostique : MOURIQUAND et BERNEIM ont insisté sur ces faits ;

c) Les adénopathies paratrachéales seront facilement différenciées par la radiologie. Elles donnent des opacités à contours polycycliques, toujours nets sur les films standards ou, au besoin, les tomographies ;

d) Les abcès froids pottiques peuvent être radiologiquement une cause d'erreurs, mais le contexte clinique, l'examen de la colonne, trancheront facilement le diagnostic.

De même un diverticule œsophagien sera facilement reconnu après examen baryté ;

e) Restent enfin des abcès médiastinaux, hauts situés, dont le diagnostic n'est souvent fait que par l'intervention.

IV. LES FORMES RARES :

1° *Forme sus et sous-hilaire.* — GERMAIN, LEGALLOU et MORVAN rapportent une observation ayant trait à un épanchement médiastinal antérieur sus et sous-hilaire. L'intérêt de ce cas semble être purement radiologique. DUHEIM et SEGUIN ont décrit cette forme chez l'enfant. Pour la partie sous-hilaire, ils notent l'ombre triangulaire classique très opaque à sommet hilaire et à base diaphragmatique. Dans presque tous les cas, disent-ils la plèvre médiastine sus-hilaire entre également en réaction et une seconde ombre triangulaire, s'élargissant vers le haut, apparaît au-dessus de la première, à laquelle elle se raccorde par un espace rétréci correspondant au pédicule pulmonaire. Ce second triangle, moins étendu, moins large, moins opaque que le premier, se termine de façon assez floue dans la région sous-claviculaire. C'est à cette image qu'ils ont donné le nom d'image en sablier. La question de la fréquence de tels épanchements reste à préciser. Alors que DUHEIM et SEGUIN considèrent cet aspect comme fréquent, nous n'avons trouvé qu'une seule observation de pleurésie purulente correspondant à ce type ; sans doute s'agit-il donc, le plus souvent de pleurésie séreuse.

2° *Empyème total.* — La seule observation connue est celle de MOLLARD et REBATTU. — L'aspect radiologique participait à la fois de celui des épanchements antérieurs et de celui des épanchements postérieurs : zone obscure antérieure dans la région précordiale et, en arrière, bande sombre juxta-vertébrale. Le malade présenta des vomiques fractionnés. La mort survint malgré une pleurotomie postérieure.

3° *Forme à deux foyers antérieur et postérieur.* — ARNE rapporte dans sa thèse un cas un peu différent, il n'existait pas à proprement parler un empyème total, mais deux épanchements indépendants, l'un postérieur volumineux, qui avait été reconnu et drainé, l'autre antérieur découverte d'autopsie.

EN RESUME, l'empyème médiastinal représente une affection rare apparaissant de préférence chez l'enfant ou l'adulte jeune. Rarement en rapport avec la pathologie des organes du médiastin, il participe surtout de la pathologie pulmonaire.

Les formes cliniques sont des formes topographiques.

L'empyème postéro-inférieur du médiastin représente la forme la plus fréquente ; il donne rarement un syndrome médiastinal. L'évolution naturelle se fait fréquemment vers la vomique qui peut être un processus de guérison ; le diagnostic se pose surtout avec la dilatation des bronches et l'abcès pulmonaire.

L'empyème antéro-inférieur est moins fréquent ; cliniquement et radiologiquement, il simule la péricardite ; son pronostic est plus sévère que celui de la forme précédente.

L'empyème du médiastin supérieur représente une variété qui est presque l'apanage du nourrisson, chez lui il simule une pneumonie du sommet.

Enfin existent des formes rares : forme antérieure, sus et sous-hilaires ; forme totale ; forme à deux poches, antérieure et postérieure.

Le traitement, avant tout chirurgical, consiste dans la pleurotomie, toujours avec résection costale. Le traitement médical représente un traitement adjuvant ou, parfois, par lui-même, curateur.

BIBLIOGRAPHIE

H. FRAISSE : Les empyèmes médiastinaux (étude clinique et traitement, *Thèse de Lyon*, 1944-1945.

APERT : A propos d'une communication de Rist, Jacob et Soulas (*S. M. H.*, Paris, 1927).

ARNE : Contribution à l'étude des pleurésies médiastines purulentes (*Thèse de Lyon*, 1933).

ARONDEL : Sur les pleurésies médiastines chez l'enfant (*Thèse de Paris*, 1933).

BERNOU : 1° Image postérieure triangulaire pseudo-pleurétique des bases pulmonaires (*Revue de la Tuberculose*, 1933) ; 2° Pleurésie médiastine (*Revista Medica di Barcelone*).

BEZANÇON et AZOULAY : Essais d'interprétation des images triangulaires dites de pleurésie médiastine se superposant à des dilatations bronchiques (*S. M. H.*, Paris, 1929).

BOUTE : Pleurésies médiastines postérieures symptomatiques de la dilatation des bronches (*Thèse de Paris*, 1927).

CHABROL et COTTET : A propos du diagnostic de la pleurésie médiastine (*S. M. H.*, Paris, 17 février 1933).

CHAUFFARD : Pleurésies séreuses médiastines (*Presse Médicale*, 1902).

DEBRÉ et LAMY : Les images triangulaires des bases chez l'enfant (*Archives Méd. des Enfants*, décembre 1933).

DEVIC et SAVY : Les pleurésies médiastines (*Revue de Médecine*, 1910).

D'ILOUR : Conception actuelle des pleurésies médiastines (*Revue de Médecine*, 1936).

DIEULAFOY : 1° La pleurésie médiastine purulente à pneumocoques (*Presse Médicale*, 1896) ; 2° La pleurésie médiastine, syndrome médiastinal (*Clinique Méd. de l'Hôtel-Dieu*, 1888-89).

DUHEIM et SÉGUIN : 1° Pleurésie enkystée du médiastin (*Bull. et Mém. Soc. radiol. Méd. de France*, 1925) ; 2° Pleurésie enkystée du médiastin (*Bull. Soc. de Pédiatrie*, Paris 1925).

GARDÈRE, SAVOYE et CHANALEILLES : Pleurésie purulente médiastine haute postérieure et gauche (*S. M. H.*, Lyon, 28 juin 1932).

GENDRON et LEVESQUE : 4 cas de pleurésie médiastine postérieure symptomatique de bronchectasie (*S. M. H.*, Paris, 7 juillet 1927).

GERMAIN, LE GALLOU et MORVAN : Pleurésie médiastine droite et de la grande cavité à streptocoques ; guérison par les dérivés sulfamidés (*S. M. H.*, Paris, 21 octobre 1938).

LACORRE : Contribution à l'étude des pleurésies médiastines postérieures et plus spécialement de leur aspect radiologique (*Thèse de Lyon*, 1928).

LELEU : Les images triangulaires de la base droite (*Thèse de Lille*, 1934).

MÉRIEL : Evolution du traitement médico-chirurgical des empyèmes (*Gaz. des Hôp.*, n° 12, p. 185).

MOLLARD et REBATTU : Pleurésie médiastine purulente (*Journal des Praticiens*, 1909).

REBATTU : Les pleurésies médiastines purulentes (*Gazette des Hôp.*, 1911).

RIST, JACOB et SOULAS : Deux cas de dilatation des bronches simulant la pleurésie médiastine (*S. M. H.*, Paris, 20 mai 1927).

RIT, JACOB et TROCMÉ : Pleurésie médiastine et bronchectasie (*Annales de Méd.*, février 1926).

ROUBIER. 1° Roubier : Radiographie des pleurésies médiastines (*Le Concours Médical*, 1928) ; 2° Roubier et Carle : Les pleurésies médiastines postérieures et leur aspect radiologique (*Journal de Médecine de Lyon*, 1928).

SERGENT et BORDET : La dilatation des bronches simulant la pleurésie médiastine (*S. M. H.*, Paris, 27 mai 1927).

VEBER : Contribution à l'étude des pleurésies médiastines (*Thèse de Lille*, 1929).

WEILL, GARDÈRE et DUFOURT : La forme haute de la pleurésie médiastine antérieure (*Journal de Médecine de Lyon*, 1921).

WEILLER : La forme haute de la pleurésie médiastine antérieure chez l'enfant (*Thèse de Lyon*, 1921).

ACTUALITÉS

MORPHOLOGIE HUMAINE ET ORIENTATION SPORTIVE

par P. Joannon et M. Deparis

La morphologie n'est assurément qu'un aspect de l'anatomie mais son étude peut concourir beaucoup à la connaissance de l'homme, donc à sa protection, et il y a lieu de regretter qu'en dehors de quelques exceptions, elle soit actuellement trop délaissée par les médecins. Parmi les principaux progrès que la formation de ceux-ci devrait bientôt accomplir, il ne faut pas craindre de ranger le souci méthodique d'accorder à cette étude une place honorable, sinon importante, et des moyens nouveaux. Certes, le médecin doit demander à la science et en particulier aux recherches biologiques d'intérêt pratique tout ce qui peut l'aider à analyser l'état physique de celui qui s'adresse à lui, à découvrir les défectuosités organiques ou fonctionnelles, à les comprendre, à les mesurer, à les traiter. Mais il doit aussi développer au maximum ses facultés de perception directe, en vue d'appréciations promptes et sûres, à la manière expéditive d'un maquignon. Qu'on nous passe cette comparaison ! Nous ne prétendons naturellement pas que le médecin doive être avant tout une sorte de maquignon, mais nous déplorons qu'il s'abstienne de l'être « par surcroît ».

Comment entraîner l'étudiant en médecine à acquérir un coup d'œil qui lui sera utile en tant de circonstances et pour des fins non seulement curatives mais aussi préventives ?

Dès que possible, l'enseignement rénové de l'anatomie doit y contribuer. L'étude très détaillée de l'anatomie est à laisser aux futurs chirurgiens. L'étudiant ordinaire a intérêt à porter son effort dans trois directions principales : connaissance relativement sommaire des structures et des rapports expliquant les caractères et facilitant ou compliquant la thérapeutique des affections médicales ou médico-chirurgicales ; connaissance des « ombres chinoises » qu'exploite si heureusement la radiologie ; enfin, connaissance des formes habituelles du corps humain.

Cette dernière connaissance ne peut être acquise ni à l'amphithéâtre sur des cadavres, ni à l'hôpital sur des personnes malades, généralement couchées. Elle exige d'abord des individus normaux se prêtant à de patients examens, pratiqués alors qu'ils sont à l'arrêt ou en mouvement. Cette morphologie physiologique offre des notions fondamentales ; on pourra passer ensuite à la morphologie pathologique, celle des déformations ; mais commencer par celle-ci ne serait pas logique. Le coup d'œil dont nous parlions il y a un instant (coup d'œil d'artiste ou coup d'œil de maquignon) est assurément indispensable au bon médecin ; il fait de lui un vrai clinicien. C'est la raison pour laquelle on doit, pour le rendre excellent, suivre la méthode la plus fructueuse, celle qui choisit le meilleur point de départ.

L'hygiène et la médecine sportive proposent à ceux qui désirent étudier la morphologie normale ou subnormale de précieuses possibilités d'initiation. Une louange bien méritée doit être, à cet égard, adressée à M. Bellugue, professeur d'anatomie à l'Ecole Nationale des Beaux-Arts. L'Institut d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris a organisé, depuis 1944, pour de futurs entraîneurs ou moniteurs des fédérations, plusieurs cours d'hygiène sportive dont les résultats ont été jugés très satisfaisants. M. Bellugue a bien voulu y donner un enseignement aussi captivant que pratique sur les bases morphologiques de l'orientation sportive. Cette année, le bénéfice de cet enseignement a été accordé à des étudiants en médecine trouvant aux questions sportives plus d'importance et d'attrait que la majorité de leurs aînés n'en avaient reconnu ; ils ont goûté le caractère si original et instructif des remarques faites par M. Bellugue au cours des séances consacrées à l'étude du vivant. En particulier, l'examen de différents types d'athlètes a donné l'occasion à tous les auditeurs de mesurer rétrospectivement l'intérêt d'une myologie qui, dans les livres ou sur le cadavre, leur avait paru autrefois ingrate et de comprendre mieux que jamais la genèse et les stades initiaux de certaines déformations squelettiques. De telles démonstrations et de tels exercices devront à l'avenir être multipliés et notre intention est de travailler de notre mieux à leur succès ; les notions qu'en tireront les étudiants attentifs se joindront harmonieusement à celles que savent déjà inculquer les maîtres de l'orthopédie et les prépareront à mieux remplir diverses fonctions, par exemple celles qui attendent le médecin scolaire ou le médecin d'usine. Il y a donc là un enseignement fort utile dont l'organisation mérite d'être encouragée. Sa pleine réussite dépendra d'ailleurs, en grande partie, des étudiants eux-mêmes.

Une dernière considération légitime, croyons-nous, de tels apports. Elle a trait aux rapports évidents qui existent entre la morphologie et la biotypologie. L'étude complète de la personnalité de chacun — et aussi de son unité — s'avère d'une importance primordiale et répond, au surplus, à une haute obligation morale. Comment secourir ou guider sans d'abord bien connaître ? Souligner la valeur significative des observations et critères morphologiques, c'est orienter de bons esprits vers des recherches dont pourra bénéficier la science typologique, laquelle n'est au départ la science du type que pour devenir celle de l'original. Bien que dans ce domaine la réalité découverte soit encore restreinte et bien inférieure à nos espérances, aimons et faisons respecter celles-ci. Sauf régression, hélas ! possible, au gré d'une mécanisation commode mais imprudente, exploitant l'uniformité, la médecine de l'avenir fera précéder la connaissance de la maladie par la connaissance de l'homme, connaissance difficile, éminemment nuancée, réclamant dans les cheminements de l'analyse patience et conscience, laissant apercevoir, pour l'honneur et l'efficacité de l'enquête, ce que soupçonnent les mères, la singularité originelle de chacun, sa loi propre, sa « constitution », fière de prouver l'indivision foncière, irréductible de l'individu, et digne enfin de postuler, liberté première — ou dernière —, le droit biologique d'être unique et un, d'être « soi-même ».

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1946

Nécrologie. — M. Lesné prononce l'éloge nécrologique de M. Villaret.

Traitement de la syphilis expérimentale et humaine par une association liposoluble de bismuth et d'ester méthylique de pénicilline. — MM. Levaditi et Vaisman ont appliqué au traitement de la syphilis expérimentale et humaine, une association liposoluble de bismuth et de pénicilline, sous forme d'ester méthylique de pénicilline et de bivatol. Chaque cm.c. contient 0,01 Bi. et 30.000 *UO* de pénicilline. Les effets chez le lapin syphilisé ont été des plus satisfaisants, ce qui a décidé de l'application de ce traitement chez l'homme. Une injection intrafessière de 2 cm.c. est effectué quotidiennement pendant une première série de quinze jours ; huit jours de repos, puis nouvelle série également de quinze jours. De cette manière, le malade reçoit en tout 1.800.000 *UO* pénicilline et 60 cent. Bi. Dans cette note préliminaire, les auteurs rapportent neuf observations, de syphilis primaire et secondaire (dont un cas de bismutho-arméno et mercuro-résistance), la plupart à sérologie positive. Il en résulte que ce traitement réalise la disparition des tréponèmes en deux à trois jours, la cicatrisation des accidents en six à douze jours, et une tendance manifeste vers la négativation sérologique à la fin de la deuxième série. L'association liposoluble de pénicilline et de Bi apparaît ainsi comme un excellent traitement d'attaque, n'offrant pas les inconvénients, parfois graves, qui succèdent à d'autres cures d'attaque (arsénones, arsénobenzènes), la pénicillinothérapie exclusive exceptée. Mais, par rapport à celle-ci, l'association liposoluble présente l'avantage d'adjoindre à la pénicilline, l'effet thérapeutique profond, stérilisant et durable du bismuth. Le médicament est bien supporté et se conserve longtemps à — 4°. Il n'est pas question, pour l'instant, d'utiliser la médication sur grande échelle, étant donné la limitation des importations de pénicilline américaine.

Sur quelques travaux américains récents en endocrinologie. — M. Courrier a recueilli diverses notions nouvelles au cours d'un récent voyage outre-mer.

L'étude du métabolisme du cholestérol, des stéroïdes et des acides biliaires par la méthode des isotopes lourds a montré, chez l'animal ayant reçu de l'acide acétique où l'hydrogène était remplacé par du dentérium, la présence de dentérium dans le foie et les muscles. On a réussi à préparer un cholestérol contenant du dentérium et celui-ci a été retrouvé dans le prégnandiol des urines d'une femme enceinte.

On a réussi à évaluer de façon assez précise les poids moléculaires d'un certain nombre d'hormones hypophysaires et gonadotropes qui paraissent s'échelonner entre 10.000 et 100.000.

Des études de la corticosurrénale ont permis d'extraire des stéroïdes divers de nature et de fonction, de faire la synthèse de certains d'entre eux, de constater leur présence dans l'urine au cours de l'agression de l'organisme par les processus les plus divers et de constater leur action sur le tissu lymphoïde et la libération d'anticorps qui en résulte.

Présence du virus spécifique dans la moelle osseuse sternale des syphilitiques. — M. Vaisman (Présentation par M. Levaditi. — Des prélèvements de moelle osseuse par ponc-

tions sternales ont été effectuées chez quatre malades atteints de syphilis primaire et secondaire non traités. L'inoculation de ces moelles à des lapins, par voie sous-scrotale, a provoqué l'apparition de chancres tréponémiques typiques. Par contre, chez deux autres spécifiques, dont la maladie datait de vingt et un et de vingt-neuf ans et traités, la virulence de la moelle osseuse sternale s'est révélée nulle. C'est là un moyen de contrôle de l'efficacité des médications antisyphilitiques.

A propos de la dysenterie amibienne. — M. Costantini. — L'auteur se range aux idées de M. Tanon, touchant les foyers « autochtones » de dysenterie. Il considère l'entamœba dysentériæ comme toujours pathogène et susceptible de donner les formes larvées les plus diverses, faciles à méconnaître. Le pus des abcès hépathiques n'est pas toujours stérile. Le climat agit sur la maladie au point de vue chimique et épidémiologique, de même l'hygiène des eaux.

Sur l'inversion de l'activation de la phosphatose alcaline du sérum par l'ion zinc chez de nombreux cancéreux. — MM. Roche, Nguyen-van-Thoai, Marcelet, Desruisseaux et Mme S. Durand. (Présentation par M. Polonovsky). — L'addition d'ions zinc au sérum de sujets normaux provoque l'activation des phosphatases alcaline (20 à 30 %). Chez les cancéreux elle va de pair avec l'inhibition de celle-ci. Une étude plus prolongée est nécessaire avant de faire de cette constatation une méthode de diagnostic pratique.

Discussion : M. Gabriel Bertrand.

Indications et technique des composés organo-métalliques de cuivre dans les rhumatismes chroniques. — M. Forestier. — Dans 50 cas suivis pendant deux ans la tolérance du médicament a été bonne. Le médicament est indiqué dans les polyarthrites chroniques et subaiguës à la première période des hydarthroses polyarticulaires chroniques. La posologie doit être élevée et les injections intraveineuses être prolongées durant des mois.

Séance du 14 mai 1946

Nécrologie. — M. le Président annonce le décès du professeur Simon Flexner (de New-York), associé étranger.

Notice nécrologique sur M. Lisbonne. — M. Boivin.

Rapport. — M. Lapicque au nom de la Commission du Rationnement.

L'organisation technique actuelle du Service de santé de l'Armée. — M. le médecin général Debenedetti expose le programme à réaliser pour la formation des médecins militaires, placés qu'ils sont à la croisée de la Technique et de la Tactique. Ils seront promus officiers avant la fin de leur scolarité, délivrés de l'existence d'internat et détachés autant que faire se pourra dans les Facultés. Le programme d'enseignement du Val-de-Grâce sera élargi dans le sens particulier de l'exercice militaire de la médecine sans double emploi avec l'enseignement civil de la médecine et en faisant appel à la collaboration de personnalités scientifiques étrangères au cadre militaire.

A 30 ans le médecin militaire s'orientera dans l'une des trois directions ouvertes :

Médecin de troupe exerçant la clinique et la médecine sociale, pourvu d'un personnel spécialisé et d'un outillage modernisé, se consacrant à l'hygiène, la prophylaxie, l'éducation physique des collectivités ;

Médecin technicien assurant dans des services d'hôpital généraux ou spécialisés le soin des malades ; certains selon leurs aptitudes se dirigeant vers l'agrégation et le cadre d'enseignement ;

Médecin-administrateur et technicien d'Etat-Major enfin, préparé au maniement militaire de grandes unités.

Les médecins de chaque cadre suivront périodiquement des cours d'information technique des autres branches.

Il est prévu un organe spécial de recherches scientifiques à programmes dirigés et relatif aux diverses spécialités et une rénovation des services vétérinaires.

Enfin, embryon du « Service de l'Homme » un organe de coordination des moyens de maintenir ou améliorer la santé individuelle et collective du soldat au point de vue prophylactique et clinique, au point de vue psychologique, moral et social.

On entrevoit enfin l'introduction d'une prophylaxie antituberculeuse scientifique notamment par le B. C. G.

Discussion : M. Debré. — M. Rouvillois.

L'Académie, pour l'étude de ces questions, nomme une commission composée de MM. H. Vincent, Bezançon, Martel, Rist, Lemierre, Debré, Guérin, Binet, Courcoux, Bazy.

L'action de la méthionine sur l'érythropoïese. — M. Gajdos (*Présentation par* M. Polonovski). — L'expérimentation a montré l'action de la méthionine amino-acide soufré sur le rat anémié par l'action du tétrachlorure de carbone ou du fait d'une carence prolongée en protides et en graisses.

Des résultats remarquables ont été obtenus par les essais en médecine humaine : cirrhose de Laënnec avec ascite et anémie ; anémie grave avec anachlorhydrie résistant à l'hépatothérapie ; anémie grave chez un spécifique ancien non traité ; anémies graves de carence. Il y a eu dans ces divers cas remontée du taux des hématies et ultérieurement de celui de l'hémoglobine.

A l'action possible comme matière plastique il faut joindre sans doute celle qui s'exerce sur la moelle osseuse et sur la fonction hépatique. Sans doute y a-t-il phénomène de transméthylation.

Il se produit en tous cas une action puissante qui mérite d'être plus longuement étudiée.

Election. — M. Donzelot est élu membre titulaire dans la section de médecine en remplacement de M. Villaret, décédé.

Séance du 21 mai 1946

Notice. — M. Trémolières lit une très belle notice nécrologique consacrée à M. Henri Roger.

Rapport. — M. Martel expose son rapport au sujet d'une demande tendant à autoriser l'usage des colorants pour la *margarine.*

Sur sa proposition l'Académie adopte à l'unanimité les conclusions suivantes : Il n'y a aucune raison valable pour qu'il soit fait, même à titre temporaire, usage de colorants synthétiques. L'action cancérigène de certains colorants commande d'être très circonspect au sujet de leur emploi dans l'alimentation humaine. L'addition d'essences, parfums, arômes n'est pas à tolérer. La réglementation actuelle visant la fabrication et la vente des margarines n'est à modifier sous aucun prétexte.

Des modifications de la leucocytose sanguine après ingestion de lysats microbiens. — M. Ronchèze. — L'ingestion de lysats microbiens provoque de façon fréquente une hyperleucocytose sanguine.

Recherches sur l'acide urique libre et les complexes uricogènes du sérum sanguin. — M. Khouri.

Note sur les variations de la mortalité infantile parmi la population européenne du Maroc. — M. Willemin-Clog (Présentation par M. Ribadeau-Dumas).

Proposition relative à l'obligation vaccinale antidiphtérique chez les tout jeunes enfants. — M. Besson (présentation faite par M. Ramon). Il serait désirable que la vaccination antidiphtérique soit obligatoire aussitôt que possible au cours de la deuxième année de la vie.

Sur la prophylaxie de la mélitococcie. — M. Dubois (présentation faite par M. Verge). — Les mesures déjà prises doivent être complétées par la vaccination préventive humaine déjà pratiquée dans d'autres pays.

Election. — Mme Lucie Randoin est élue dans la section des membres libres par 53 voix sur 72 votants.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai 1946

A propos des péri-sigmoïdites à symptomatologie occlusive. — M. Caraven.

Sur l'évolution des tumeurs mixtes de la parotide. — M. Kuss apporte un exemple de tumeur mixte qui a récidivé d'abord par un noyau cicatriciel, puis par l'envahissement complet de la glande. Chaque fois il s'agissait d'un processus de tumeur mixte.

Compte rendu d'une mission en Amérique. — M. Sénèque rapporte, en particulier, la technique utilisée par Babcok (Philadelphie), pour pratiquer l'exérèse en un temps du cancer du rectum avec rétablissement immédiat de la continuité avec conservation du sphincter.

Sur le traitement de la lithiase de la voie biliaire principale. — MM. d'Allaines et J. Patel considèrent que le point essentiel du débat est de savoir quelle est la meilleure technique pour traiter les cas de lithiase infectée et compliquée dans lesquelles la vie du malade est en jeu ; les auteurs estiment qu'il est encore prématuré de conclure en faveur du drainage interne.

Considérations préliminaires sur l'emploi de la pénicilline dans les staphylococcies. — M. Sauvé montre les avantages indiscutables de la pénicilline sur le bactériophage. Il demande la création de centres autonomes qui disposeraient de la pénicilline et la répartiraient.

Infarctus intestinal. — MM. Perrotin et Roger. — M. Braine rapporte cette observation dans laquelle la résection intestinale amena la guérison.

Contribution à l'étude du syndrome aigu de la région des vaisseaux mésentériques. Infarctus intestinal. Apoplexie de l'intestin. — M. Tasso-Asteriadès. — M. Gueulette, rapporteur.

A propos du traitement des fractures marginales postérieures. — M. Hussenstein. — M. Padovani rapporte ce travail, dans lequel l'auteur propose d'agir sur le fragment tibial postérieur par l'intermédiaire du fragment péronier qui est cerclé ou vissé.

Séance du 15 mai 1946

A propos de 71 plaies articulaires de guerre. — MM. Arnulf, Gozelaud et Ferrand. — M. Braine rapporte ce travail dans lesquels les auteurs ont obtenu 67 guérisons sans avoir eu recours à la résection ; 3 résections, une amputation.

Occlusion postopératoire. Fistule stercorale totale. Ileotransversostomie. — M. Zagdoun. — M. J. Quénu rapporte ce travail dans laquelle l'anastomose guérit non seulement l'occlusion mais également la fistule stercorale spontanée qui avait succédé à une appendicectomie.

Suture des fractures de l'olécrâne par vis à hélice. — M. Hustin. — M. Mathieu lit ce travail dans lequel l'auteur insiste sur la solidité du montage ainsi obtenu.

A propos de 2 cas de tumeurs du corpuscule carotidien. — M. Truffert souligne que la pulsatilité de la tumeur a une certaine valeur diagnostic ; la dissection des artères serait toujours possible ; l'infiltration péricarotidienne de novocaïne facilite la dissection de la tumeur et d'autre part représenterait un moyen de prévenir les accidents dus aux tiraillements de la fourche carotidienne.

Une observation de luxation ouverte de l'épaule. — MM. Calvet et Bourdot ont obtenu une excellente guérison par le traitement chirurgical précoce.

Résection étendue pour broiement du genou. Greffe péronière. Guérison. — M. Arnavielhe. — M. Métivet souligne la qualité du résultat obtenu.

A propos des ulcères peptiques. — M. Métivet considère qu'il est difficile d'apprécier la largeur d'une gastrectomie.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 avril 1946

Cas d'anémie grave rebelle à tout traitement ; guérison par la méthionine. — MM. Fiessinger, Aussanaire, Lafontaine et Gajdos. — Un cas d'anémie grave avec myeloblastose traité par la méthionine (1 à 2 gr. par jour). Amélioration rapide, puis rechute après cessation du traitement. Nouvelle amélioration par reprise du même médicament, en raison de son action sur le fonctionnement hépatique et sur les centres hématopoiétiques.

Un cas de lymphose aiguë. — MM. Fiessinger, Aussanaire et Gajdos. — Observation d'une fillette de 10 ans, atteinte de leucose aiguë avec anémie et prédominance de lymphoblastes dans la moelle osseuse. Evolution fatale. Diagnostic difficile par pauvreté des symptômes et sur le plan hématologique.

Remarques cliniques et étiologiques sur la mélanose de Riehl : Rôle des troubles intestinaux. — M. Bogert. — Statistique de 30 cas de mélanose de Riehl. Les trois quarts des malades ayant présenté des troubles digestifs à type de colite par fermentation ou de constipation. Il s'agissait d'une affection liée à une résorption intestinale de substances pigmentaires.

Terrain endocrinien dans la mélanose de Riehl. Rôle de l'hormone mélanotrope. — M. Bolgert. — Il s'agissait à l'origine de la mélanose d'un terrain constitué par un trouble hypophysaire dû à la présence dans les urines de doses fortes d'hormone mélanotrope.

Forme rénale de la maladie d'Osler apparemment guérie par la pénicilline. Résultats au bout de 4 mois. — M. Lecoeur. — Malade présentant une maladie mitrale et une insuffisance aortique évoluant sous forme d'une néphrite aiguë à hémoculture négative. Celle-ci ultérieurement montra de nombreux streptocoques. Traitement par la pénicilline associée à l'ouabaïne. La pénicilline fut cessée au bout de trois semaines et la formule sanguine redevint normale. La guérison apparente se maintient.

Pleurésie purulente stérilisée par la pénicilline. Mort subite au cours d'une ponction évacuatrice. — M. Lecoeur. — Sur un malade atteint antérieurement d'un pneumothorax thérapeutique apparaît un syndrome liquide de la base gauche avec température oscillante. Par ponctions on retire un litre de pus. Injections dans la plèvre de pénicilline. Le malade meurt subitement. A l'autopsie œdème hémorragique du poumon avec alvéoles remplis de sérosité : cause de la mort.

Syndrome coxo-fémoral bilatéral et combiné : relations hypophysaires possibles. — MM. Forestier et Saidman. — Observation de deux malades du sexe féminin ayant présenté, au moment de l'arrêt des règles, un syndrome d'arthropathie des hanches et du rachis lombaire. Les auteurs discutent la nature de ces altérations et leur relation avec des troubles endocriniens.

Séance du 3 mai 1946

A propos de l'invagination chronique du jéjunum dans la bouche de gastro-entérostomie. — MM. Hillemand, Chérigié et Sarrazin. — Projection des clichés de deux cas d'invagination : complication souvent méconnue, mais évidente quand sont connus les aspects radiologiques, consistant dans une image lacunaire spéciale, les images en anneaux coupent les images longitudinales des plis gastriques.

Un cas de septico-pyohémie à staphylocoques dorés au cours d'un diabète sucré décompensé. — Essais d'hémoculture fractionnée : guérison par la sulfadiazine et la pénicilline. — MM. Lafontaine (Louvain) et Giraud (Paris). — Observation d'une staphylococcémie grave avec phlegmons multiples chez un diabétique jeune décompensé avec acidose et dénutrition. Dans ce cas la pénicilline associée à la sulfadiazine a été efficace ; d'où la nécessité d'admettre l'existence chez le diabétique d'un élément tissulaire permettant au staphylocoque de résister à la mycothérapie : à signaler le nombre de germes vivants au niveau des leucocytes qui peuvent servir à la dissémination d'une quantité importante de pénicilline.

Anurie par néphrite aigue consécutive à une intoxication par boissons apéritives « pastis ». Guérison par décapsulation d'un rein. — MM. Mazerad, Lacaux et Mme Rollier. — Cas d'un sous-officier d'aviation de 28 ans qui fut pris quarante-huit heures après l'ingestion de plusieurs « pastis » de céphalée, de douleurs abdominales avec fièvre. Ce cas tire son intérêt de l'étiologie (intoxication par boisson fermentée et de la thérapeutique) : (la décapsulation tardive).

Polydipsie primaire avec nanisme. — M. Lamy, Mlle Jammet et M. Paley. — Cas d'un enfant de 3 ans et demi atteint, depuis l'âge de 2 ans, de polydipsie et de polyurie importantes, le liquide absorbé étant de 3 à 4 litres et la diurèse atteignant 3 litres. C'est le fait d'une polydipsie primaire, entraînant des troubles de développement : à 3 ans et demi l'enfant a la taille d'un enfant de 18 mois et le poids d'un enfant de un an, pesant 10 kgr. au lieu de 15.

Action très favorable de la vitamine D 2 à doses élevées et prolongées sur une tuberculose évolutive, non cavitaire. — MM. Gounelle et Bachet, ont vu une tuberculose grave bilatérale micronodulaire et broncho-pneumonique, évoluant de juin à août 1945 : bacille reconnu par homogénéisation. Le malade a reçu du 15 août au 15 septembre 750 mg. de vitamine D1 avec 2 gr. quotidiens de carbonate et de phosphate de chaux. Différents auteurs (Even, Degos...) estiment qu'on ne doit pas employer la vitamine avant que les médicaments classiques aient fait leur preuve.

Accidents observés après scarifications avec le B. C. G. : relations possibles avec cette vaccination. — Mme Roudinesco a vu survenir chez une fillette hébergée dans un centre

d'accueil, et après une vaccination par scarification par le B. C. G. des accidents qu'elle rattache à cette vaccination, la fillette ne paraissant pas en incubation de tuberculose car, observée au centre depuis un mois, deux cuti-réactions avaient été négatives.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 13 AVRIL 1946

Influence de l'anoxémie sur le syndrome humoral de l'électrochoc. — MM. J. DELAY, A. SOULAIRAC et P. DESCLAUX ont pratiqué une longue inhalation d'oxygène dans la phase post-critique pour montrer que l'apnée consécutive à la crise convulsive n'est responsable ni de l'hyperglycémie, ni de la diminution de la réserve alcaline, ni de l'hyperleucocytose du syndrome humoral de l'électrochoc.

Hypertrophie adénomateuse de l'antéhypophyse sous l'effet du diéthylstilbœstrol. — M. J. LOEPER a provoqué, par des injections prolongées pendant dix mois chez la Rate une hypertrophie considérable de l'antéhypophyse, avec congestion intense, développement considérable des cellules chromophobes se groupant parfois en formation franchement adénomateuses, grosse diminution des cellules éosinophiles et cyanophiles, avec dans un cas présence de cellules cyanophiles ayant l'aspect de cellules de castration.

Antagonisme entre la paraaminophénylsulfamide (1162 F) et certaines vitamines sur le système nerveux du rat. — MM. R. LECOQ, P. CHAUCHARD et Mme H. MAZOUÉ étudient sur le rat, par la méthode chronaximétrique, la neutralisation des effets nerveux de la paraaminophénylsulfamide non seulement par la vitamine H (acide paraaminobenzoïque), mais encore par les vitamines B_2, B_3 (ou PP), et C ; ces dernières ont l'avantage de ne pas entraver l'action antimicrobienne de la sulfamide. Les vitamines B_1, B_4, B_5 et B_6 n'ont aucun pouvoir antagoniste.

Les effets sur le rat d'un régime rachitigène compliqué de déséquilibre glucidique. — M. P. CHAUCHARD, Mme H. MAZOUÉ et M. R. LECOQ insistent à nouveau sur les troubles acidosiques dans les déséquilibres glucidiques du rat et leurs signes neuromusculaires. Le déséquilibre phosphocalcique des régimes rachitigènes associé à un déséquilibre glucidique aboutit à de curieuses alternances d'alcalose et d'acidose compliquées d'uviorésistance.

Recherches sur les neurones vasodilatateurs des racines postérieures. — Mme B. CHAUCHARD et M. P. CHAUCHARD voient dans les fibres vaso-dilatatrices des racines postérieures non des fibres sensitives fonctionnant de façon antidromique, mais des neurones spéciaux ayant certains caractères des neurones sympathiques, mais en différant cependant nettement.

Sur l'autogreffe hépatique chez la grenouille d'hiver. — M. M. GABE étudie les modifications de structure du transplant consécutives à l'autotransplantation hépatique chez la grenouille : remplacement au centre des cellules hépatiques par un tissu réticulé fibrillaire ; disparition à la périphérie de la disposition lobulée et du système hiliaire, des cellules hépatiques morphologiquement et cytologiquement normales se groupant en rangées rectilignes.

Sur l'accoutumance de la souris à la morphine. — Mlle D.-C. FICHTENBERG conclut que la souris ne présente pas de phénomènes d'accoutumance à la morphine et ne peut être utilisée pour une étude de ce phénomène.

Suites du traitement pénicillinique des souris syphilisées. — MM. C. LEVADITI et A. VAISMAN ont obtenu par un traitement pénicillinique adéquat la stérilisation radicale de souris atteintes de syphilis expérimentale, cliniquement inapparente, mais intensément dispersive. Réinfectées ultérieurement, ces souris récupèrent leur réceptivité dans 71 % des cas : l'état réfractaire acquis dans ces conditions est donc exceptionnel.

Etude morphologique d'une souche de bacille subtil. — M. H.-R. OLIVIER décrit un cycle évolutif traversé par une phase de grande sporulation avec modifications parallèles du pH du milieu.

Purification de l'endosubtilysine. — M. H.-R. OLIVIER, par purification arrive à conclure que la substance active est indépendante du pigment du bacille subtil.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

SÉANCE DU 15 MARS 1946

Scalp avec mise à nu très étendue des os du crâne. — MM. G. GINESTET et LANDWERLIN (Rapport de M. DUFOURMENTEL). — Les auteurs ont eu à traiter un brûlé chez lequel le cuir chevelu s'était décollé de l'os sur une grande surface. Les os du crâne, dénudés depuis huit mois, n'avaient aucune tendance à se défendre. Aucune plastie cutanée n'était réalisable.

Les auteurs ont pratiqué des forages multiples du diploé en plusieurs séances. Des bourgeons se sont formés sous forme d'une nappe bourgeonnante unie. Après élimination d'un séquestre, toute la surface a fini par s'épidermiser.

Sur un résultat éloigné de l'opération d'Ober (section de la bandelette de Maissiat) dans une lombalgie invétérée avec irradiation sciatique. — M. G. VIDAL-NAQUET. — L'auteur rappelle l'opération d'Ober, dont il a présenté plusieurs cas en mai 1938, avec R. Massart, pour le traitement de certaines lombalgies avec irradiation sciatique. Il présente l'observation d'un malade opéré en mai 1938 pour des douleurs qui avaient résisté à tous les traitements pendant plus de deux ans et qui avaient cédé après l'opération d'Ober. Près de huit ans après, le résultat se maintenait excellent et le malade avait pu reprendre une vie active.

Rôle des vitamines dans l'appareil de croissance. — MM. F. MASMONTEIL et J. LEURET. — Les auteurs précisent le rôle des vitamines au niveau du cartilage de croissance et distinguent trois zones :

1° Une zone bleue hyaline, domaine de la vitamine A ;

2° Une zone gris jaunâtre où agit la vitamine D, en commun avec le calcium et le phosphore (cartilage hypertrophié et calcifié) ;

3° Une zone rouge où agit la vitamine C, en commun avec le fer et le cuivre. C'est là qu'arrivent les vaisseaux entourés de cellules médullaires et bordés par des lamelles osseuses infiltrées d'ostéoblastes.

Les transformations dans la première zone hyaline du cartilage de réserve en cartilage sérié, ne peut se faire, suivant les auteurs, que par l'apport d'une autre vitamine : la vitamine B^2 associée au manganèse.

L'avitaminose A, et surtout B^2 conditionnent les épiphysoses (type coxa-plana) ; l'avitaminose D : le rachitisme ; l'avitaminose C : le scorbut.

Les auteurs confirment le rôle négatif du cartilage dans la production osseuse ; les cellules cartilagineuses meurent et l'os se forme par néoplasie.

Cette étude a pour corrolaire des sanctions thérapeutiques appropriées à chaque forme de chondrose.

Complications à distance d'un ulcus duodénal perforé. — M. G. LUQUET. — L'auteur présente le cas d'un malade traité par suture et gastro-entérostomie pour un ulcus duodénal perforé qui fit, par la suite, trois ulcères peptiques et qui ne guérit qu'à la quatrième intervention grâce à une résection haute. L'auteur insiste à nouveau sur la nécessité de réopérer, par principe, les malades, en vue de pratiquer une gastrectomie quand leur état n'est pas excellent dans les mois qui suivent l'intervention d'urgence.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 30 AVRIL 1946

Dysplasie périostale guérie chez une fille de 18 ans. — M. LEVEUF présente cette malade chez qui les fractures se sont multipliées jusqu'à l'âge de 13 ans, soit deux ans avant l'apparition de ses règles. Aucune nouvelle fracture n'est apparue depuis 1941. Il persiste actuellement de graves séquelles, nanisme (1m09), hypotrophie pondérale (30 kgr. 100), déformation des membres, sclérotiques bleues, dents transparentes.

Origine rénale de certains troubles du développement dans le premier âge. — M. LAMY, Mlle JAMMET et M. PALEY ont observé chez cinq enfants de moins de 18 mois une insuffisance de développement conditionnée par des troubles rénaux. Ceux-ci n'étaient cliniquement évidents que dans trois cas, mais l'azotémie était toujours supérieure à un gramme. Il n'y avait aucun signe de rachitisme. L'évolution de ces cinq cas fut rapidement mortelle.

Un cas de nanisme rénal. — M. LAPLANE, Mlle ŒMICHEN et M. LHERMITTE présentent un nourrisson hypotrophique de 19 mois (0m64-6 kgr.) atteint de rachitisme sévère et présentant

des troubles rénaux avec polydypsie et anorexie. L'exploration rénale montra un dédoublement du rein droit avec double uretère et une atrophie du rein gauche. L'évolution paraît lentement favorable.

Maladie hémolytique due au facteur rhésus. — M. Cathala et Mme Lœwe-Lyon présentent ce malade atteint d'ictère congénital et d'anémie intense sans érythroblastose. La mère était Rh —, le père et l'enfant Rh +. Malgré quelques incidents, la transfusion a amené la guérison.

Un cas de dysplasie périostale. — M. Clément présente un enfant de 12 ans, pesant 18 kgr. nain micromèle dès sa naissance, ayant présenté *in utero* des fractures multiples et ayant un crâne membraneux. Les fractures se répètent sans cesse depuis la naissance et conditionnent d'énormes déformations.

L'entéro-colite dysentériforme du nourrisson au Maroc. — M. Willemin-Clog donne une description d'ensemble de cette maladie qui frappe les enfants entre 8 mois et 3 ans et qui était responsable de 30 à 40 % des décès survenus au cours des deux premières années. Elle survint d'avril à octobre par bouffées épidémiques intimement liées à des influences météoro-pathologiques. Elle se caractérise par une fièvre intense accompagnée de diarrhée glaireuse fade et de syndrome toxi-infectieux ; les récidives et le passage à la chronicité sont fréquents.

La sulfamidothérapie a amélioré le pronostic et fortement diminué la mortalité, mais n'empêche pas le passage à la chronicité. Le colibacille semble jouer un rôle dans l'étiologie.

Un cas d'asystolie aiguë chez un petit enfant. — Régression complète et rapide du syndrome cardio hépatique. MM. Willemin-Clog et Menut.

Intervention opératoire chez un hermaphrodite. — MM. Rouèche et Luckmann-Avenel ont constaté l'existence de deux ovaires et d'un utérus sur le fond duquel était implanté un testicule. Un deuxième testicule était en ectopie gauche et a été enlevé.

Trois cas de zoner au cours d'une chorée. — M. Heuyer, Mme Dauphin et M. Lebovici rapportent ces trois cas et en rappellent deux antérieurs, tous survenus au cours de chorées traitées par la liqueur de Boudin à haute dose.

Fausse image de primo-localisation tuberculeuse. — M. Coffin montre un film permettant d'évoquer ce diagnostic ; mais l'image pathologique a disparu en quelques jours et la cuti était négative.

Guérison brusque et durable d'un eczéma tenace. — M. Coffin cite le cas d'un enfant atteint d'eczéma depuis l'âge de 3 semaines sans qu'aucun traitement l'ait amélioré et guéri brusquement en 1944, à l'age de 9 ans 1/2, à la suite d'un violent bombardement et d'un régime défectueux.

Sur l'otite du nouveau-né. — M. Planson.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES VETERINAIRES

13 *mars.* — M. Escuret. — Le transport des animaux vivants.
M. Louis. — Hygiène et contrôle hygiénique du lait.
M. Robin. — Contribution à l'étude des coliques du cheval.
M. Danion. — Etude de la torsion intestinale du cheval.

27 *mars.* — M. Crasquin. — Pathologie et thérapeutique médicale vétérinaire.

4 *avril.* — M. Kerdiles. — Irrégularités dentaires chez le cheval.
M. Lacrouts. — De la maladie de la peur « Effraid Desease » chez le chien.
M. Choubelle. — Hybrides de bovidés.

NOTES POUR L'INTERNAT

ARTÈRE MAXILLAIRE INTERNE

Branche profonde de bifurcation de la carotide externe.

DESCRIPTION. — L'artère maxillaire interne naît en pleine loge parotidienne, à environ quatre centimètres au-dessus de l'angle de la mâchoire.

Elle se porte en avant, horizontalement et plonge dans la boutonnière rétro-condylienne de Juvara, limitée en dehors par le col du condyle, et en dedans, par le bord postérieur de l'aponévrose inter-ptérygoïdienne, épaissi, constituant le ligament sphéno-maxillaire.

Elle parcourt ensuite, d'arrière en avant, la loge ptérygo-maxillaire. Tantôt, elle s'insinue entre les deux faisceaux du ptérygoïdien externe, c'est la variété dite profonde. Tantôt, elle dessine une crosse embrassant le bord inférieur de ce muscle, c'est la variété dite superficielle.

L'artère vient ainsi buter contre la partie la plus élevée de la tubérosité du maxillaire. Elle se recourbe alors en dedans, et pénètre dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire. Elle gagne ainsi le trou sphéno-palatin, qu'elle traverse dans sa partie la plus basse, et prend désormais le nom d'artère sphéno-palatine.

RAPPORTS. — Dans tout son trajet, l'artère maxillaire interne est accompagnée d'une veine satellite, issue du trou sphéno-palatin. Dans la moitié des cas, la veine maxillaire interne constitue un tronc bien individualisé sur tout son parcours, elle chemine alors en dehors et au-dessous de l'artère. Mais dans l'autre moitié des cas, cette veine est dédoublée et même plexiforme. Il existe alors deux plexus veineux particulièrement riches : l'un en avant, juste en arrière de la tubérosité, l'autre en arrière, autour du muscle ptérygoïdien externe.

La veine maxillaire interne s'unit à la veine temporale superficielle pour former l'origine de la jugulaire externe.

Ses branches afférentes présentent la même disposition que les collatérales artérielles, toutefois il existe en avant quelques anastomoses avec la veine faciale.

Comme rapports de détail de l'artère, nous signalerons :

1° Dans la boutonnière rétro-condylienne, l'artère est placée entre la veine et le nerf auriculo-temporal, le plus haut situé des trois éléments vasculo-nerveux. Elle est souvent plaquée sur le sol du condyle ;

2° Dans la loge ptérygo-maxillaire, l'artère entre en rapport, lorsqu'elle chemine en variété profonde, soit avec le tronc du nerf maxillaire inférieur, situé en dedans d'elle, soit déjà avec ses branches de division. Dans ce dernier cas, elle croise par leur face externe les nerfs lingual et dentaire inférieur tout près de leur origine ;

3° Dans l'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire, l'artère croise par en dessous le tronc du nerf maxillaire supérieur. Il faut éviter de piquer l'artère lorsqu'on fait l'anesthésie tronculaire de ce nerf. L'artère affecte de plus des rapports de contiguïté avec le ganglion sphéno-palatin.

BRANCHES. — Il existe quatorze collatérales et une branche terminale, l'artère sphéno-palatine.

A. — Branches collatérales.

a) *Systématisation.* — Il est plus facile de systématiser ce réseau artériel complexe en étudiant sa distribution qu'en suivant l'ordre des émergences.

1° Trois branches remontent vers la base du crâne. Ce sont :
— L'artère tympanique, destinée à l'oreille moyenne,
— La méningée moyenne, principale artère des méninges,
— La petite méningée, qui double la précédente.

2° Deux branches irriguent les muscles ptérygoïdiens et le masséter ;

3° Deux branches remontent vers la fosse temporale, ce sont les temporales profondes postérieure et antérieure ;

4° Deux branches descendent vers la joue et la mandibule, ce sont la buccale et la dentaire inférieure ;


BÉNERVA
"ROCHE"


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

5° Deux branches se portent en avant pour irriguer la mâchoire supérieure, ce sont l'alvéolaire et la sous-orbitaire ;

6° Restent trois collatérales que nous verrons se distribuer au massif facial supérieur et aux fosses nasales.

b) *Etude détaillée.* — Ces collatérales sont d'importance très inégales : plusieurs sont des artérioles, alors que le calibre de la méningée moyenne, par exemple, peut parfois se comparer à celui d'un artère radiale.

Artère tympanique. — Née au bord supérieur de la maxillaire interne, au niveau même du col du condyle, elle en constitue la première collatérale. Elle plonge dans la scissure de Glaser et débouche à la partie inférieure de la caisse, dont elle assure en grande partie l'irrigation artérielle. Elle s'anastomose avec la petite artère carotico-tympanique, branche de la carotide interne.

Artère méningée moyenne. — Née en dedans du ptérygoïdien externe, du bord supérieur de la maxillaire interne, dont elle constitue la plus grosse collatérale, l'artère méningée moyenne s'élève immédiatement vers la base du crâne. Elle s'insinue dans la boucle nerveuse formée par les deux racines du nerf auriculo-temporal et pénètre dans le crâne par le trou petit rond.

A son émergence dans la fosse cérébrale moyenne, elle longe en dehors la paroi et s'élève, plaquée sur la paroi osseuse, vers l'angle antéro-inférieur du pariétal. C'est là qu'elle se bifurque. Son trajet intra-cranien mesure trois à quatre centimètres.

La méningée moyenne sert de support à un important plexus sympathique. Ce sympathique péri-artériel, qui émane essentiellement du ganglion otique, préside à l'irrigation vaso-motrice du territoire méningé de l'artère. Il explique les violentes douleurs que provoque le contact instrumental de l'artère, même prudent, même sous anesthésie locale. On a voulu attribuer une certaine importance à ce réseau nerveux dans la pathogénie de certaines variétés de migraine.

Le tronc de la méningée moyenne, on le sait, constitue à la fois un repère et un obstacle à vaincre dans la neurotomie rétrogassérienne. La trépanation de la fosse temporale par voie préauriculaire conduit sur la dure-mère, on aperçoit alors le tronc de la méningée moyenne qu'on peut suivre vers la base du crâne en sens inverse du courant sanguin. L'artère adhère en haut à la méninge, mais en bas à la paroi osseuse : on arrive ainsi, en décollant prudemment le sac dural, à l'isoler au niveau de son émergence du trou petit rond : c'est là qu'on la lie. Il est alors possible de continuer à décoller le sac dural, pour rechercher le deuxième repère, en avant et en dedans de l'artère : la plongée du nerf maxillaire inférieur dans le trou ovale.

Le tronc de la méningée moyenne donne quelques ramuscules pour les méninges de voisinage. L'une de ces petites collatérales disparaît par l'hiatus de Fallope, et participe à l'irrigation artérielle de l'oreille moyenne.

Les branches terminales sont au nombre de deux :

1° Une branche antérieure, qui gagne la suture sagittale en cheminant un centimètre en arrière de la suture fronto-pariétale. Cette branche antérieure est accompagnée de deux veines méningées, dont l'antérieure, parfois importante, peut former le sinus veineux de Breschet ; elle abandonne tout près de son origine une branche volumineuse pour la partie moyenne du pariétal, parfois décrite sous le nom de branche terminale moyenne ;

2° Une branche postérieure, qui se ramifie sur la partie inférieure de l'écaille du pariétal et sur l'écaille du temporal.

Le réseau formé par la méningée moyenne et par ses branches est une source fréquente d'épanchements extra-duraux traumatiques. Les artères impriment sur l'os des nervures visibles à la radiographie et qu'il ne faut pas confondre avec l'image de traits de fracture. Ces nervures sont parfois très accentuées et, chez le vieillard, il arrive qu'on observe, même par endroits, une véritable tunellisation, disposition défavorable, car elle favorise les ruptures traumatiques de ces vaisseaux.

Artère petite méningée. — Grêle, d'ailleurs inconstante, elle accroche parfois le nerf dentaire inférieur à son origine, longe le tronc du nerf maxillaire inférieur, pénètre dans le crâne par le trou ovale et se distribue à la méninge avoisinante ainsi qu'au ganglion de Gasser.

Artère ptérygoïdienne et massétérine. — Il s'agit là de branches musculaires. L'artère destinée au masséter accompagne en dehors le nerf massétérin, traverse l'échancrure sigmoïde et aborde le muscle par sa face profonde. Celle qui est destinée au ptérygoïdien interne traverse le fascia cribriformis et l'aborde par sa face profonde.

Artères temporales profondes. — L'artère temporale profonde postérieure naît souvent d'un tronc commun avec la massétérine. Après avoir croisé la face externe du ptérygoïdien externe, elle s'engage à la face profonde du muscle temporal. D'abord située entre le muscle et le périoste de la fosse temporale, elle finit par s'engager dans l'épaisseur même des faisceaux charnus où elle s'épuise.

L'artère temporale profonde antérieure naît du tronc de la maxillaire interne directement et beaucoup plus en avant. Son trajet et ses rapports sont les mêmes que pour la précédente.

Les deux artères sont réunies horizontalement par des anastomoses en espalier, qui cheminent dans l'épaisseur même du muscle temporal. Ce sont elles qui saignent lorsqu'on incise verticalement ce muscle en vue d'une trépanation sous-temporale.

Artère dentaire inférieure. — Satellite du nerf dentaire inférieur dans tout son trajet, elle plonge dans le canal dentaire inférieur et le suit dans toute son étendue. Avant de disparaître dans le canal osseux, elle donne une artériole nourricière pour le nerf lingual et une artère destinée au plancher de la bouche qui va suivre la rainure mylo-hyoïdienne.

Dans le canal, l'artère dentaire inférieure donne des branches osseuses, ascendantes et descendantes, qui forment un riche réseau artériel dans l'épaisseur de l'os spongieux. Elle donne en haut des branches dentaires qui rejoignent les apex des molaires et des prémolaires.

Parvenue au trou mentonnier, elle se divise en deux branches : 1° une branche incisive, destinée à l'irrigation de la canine et des incisives et qui s'unit sur la ligne médiane avec son homologue du côté opposé, de manière à fermer l'arcade dentaire artérielle ; 2° une branche mentonnière qui accompagne le nerf mentonnier et se ramifie dans les parties molles du menton.

Artère buccale. — Destinée au buccinateur et aux plans profonds de la joue, ses rameaux s'unissent à ceux de l'artère faciale.

Artère alvéolaire. — Importante branche née au voisinage de la tubérosité. Elle plonge aussitôt dans l'épaisseur de l'os et emprunte le trajet des canaux dentaires postérieurs. Souvent plexiforme dès le début, elle se partage en :

1° Branches osseuses, pour le maxillaire supérieur ;

2° Branches muqueuses, pour les muqueuses de la gencive de la paroi du sinus maxillaire ;

3° Branches dentaires, enfin, pour la partie latérale de l'arcade dentaire supérieure

Ce riche réseau artériel explique la fréquence de très grosses hémorragies dans les traumatismes de la région, ainsi que dans les trépanations de l'antre ou les résections du maxillaire, interventions particulièrement hémorragipares. La disposition intra-osseuse de ces artères explique la difficulté de l'hémostase.

Artère sous-orbitaire. — Née au voisinage de la précédente, mais plus en dedans, elle est satellite du tronc du nerf maxillaire supérieur. Comme ce nerf, elle va émerger par le trou sous-orbitaire et s'épanouit en un bouquet de branches ascendantes, palpébrales et descendantes pour la région naso-génienne et la lèvre supérieure. Comme l'artère alvéolaire, elle donne des collatérales osseuses et sinusiennes. Ses branches dentaires sont destinées à la partie antérieure de l'arcade dentaire supérieure : elles suivent des canalicules creusées dans la paroi antérieure du sinus ou surtout dans l'épaisseur du pilier antéro-interne de l'os, celui qui borne l'orifice piriforme. Ces artères dentaires sont souvent lésées par les trépanations de l'antre et, malheureusement, leurs anastomoses avec les branches dentaires postérieures, émanant de l'artère alvéolaire sont insuffisantes. Il peut en résulter la mortification pulpaire des dents intéressées. La suppléance par les branches postérieures semble meilleure chez l'enfant que chez l'adulte.

Artère vidienne. — Très grêle, suit le canal vidien et se distribue à la muqueuse du cavum et de la trompe d'Eustache.

Artère ptérygo-palatine. — Très grêle aussi, suit le canal du même nom. Sa distribution est la même que celle de l'artère vidienne.

Artère palatine descendante. — Parfois décrite sous le nom d'artère palatine supérieure. Elle suit le canal palatin postérieur et se ramifie sur la voûte palatine, le palais mou, le cornet et le méat inférieur.

B. — Branche terminale unique.

L'artère sphéno-palatine pénètre dans la fosse nasale par la partie inférieure de l'orifice sphéno-palatin. Elle est accompagnée par un plexus sympathico-trigémellaire très dense, émanant du maxillaire supérieur et du ganglion sphéno-palatin.

C'est l'artère nourricière principale des fosses nasales.

Sa branche externe se ramifie à l'infini sur la muqueuse de la paroi externe : cellules ethmoïdales, méats, cornets.

Sa branche interne gagne le septum, qu'elle barre obliquement en bas et en avant. Elle rejoint en avant la tache vasculaire de Kisselbach. Elle émet un rameau qui longe le canal palatin antérieur et s'anastomose avec une branche de la palatine descendante.

Pierre-Louis Klotz.

CHRONIQUE

Encore la « santé dirigée » en Angleterre(1)

Qu'on cesse de nous parler d'une loi déjà en vigueur en Grande-Bretagne. La loi, ou plutôt le Plan Bevan qui prévoit la refonte totale de la pratique médicale en Angleterre au profit d'une immense assurance collective n'est qu'un *projet* qui vient en seconde lecture devant les Communes. Malgré ce qui a pu être dit auparavant de part et d'autre ni la discussion au Parlement ni l'opposition des médecins anglais ne perdent de leur vigueur.

Les numéros du 4 et du 11 mai du *British Médical Journal* nous en apportent les échos : discours de M. Aneurin Bevan, réunions médicales.

Les harangues où M. Bevan, promoteur du projet prône son œuvre, font figure de défense et plaident la pureté d'intention — pour le moment car « les médecins, dit-il, ne sont pas encore mûrs ». Le désintéressement aussi naturellement. L'opposition n'en perd ni acuité ni vivacité.

Le Dr Hill, secrétaire de la *Bristish Medical Association*, tenait en effet réunion à Golden Green le 5 mai, à Newcastle le 6, et les médecins y assistaient par milliers ; le 9 mai c'était à Colchester ; dans le cours du mois ce sera à Hastings, à Chester, à Glasgow.

Ce sont toujours les mêmes arguments, toujours aussi pertinents : libre choix du médecin, médecin du malade et non de l'employeur, « personnalité » des soins en toute confiance et discrétion, refus d'une toise uniforme des médecins ignorant leur valeur, liberté d'installation, liberté de création et de cession de clientèle. Nationaliser médecins et hôpitaux aboutirait, aussitôt les médecins « mûrs » à un salariat médical uniforme trop injuste pour être viable ; il faudrait revenir en arrière et admettre des honoraires *ad valorem* sous une forme déguisée et sans doute moins juste. M. Bevan, ancien mineur, paraît ne rien soupçonner de l'esprit du médecin britannique ni du dévouement de toujours qu'il est fier de conserver.

Lorsque 29 articles du projet sur 74 laissent la porte ouverte aux bons plaisirs successifs du ministre compétent, on ne s'étonne pas de voir se rebeller un esprit d'indépendance nécessaire.

Une note nouvelle, bien britannique ; s'il est nécessaire de modifier ou améliorer bien des fondations hospitalières privées qui ne peuvent se développer ni s'outiller selon les besoins, il n'y a rien à gagner pour personne à en faire des hôpitaux *nationaux*. Les Anglais n'ambitionnent pas de posséder les « casernes de la misère » que nous connaissons trop ni d'être soignés comme simples numéros dans une atmosphère d'indifférence.

Et quand la mise en œuvre d'une loi débute par une dépense dès maintenant estimée à £ 66.000.000 (nous n'osons convertir en francs 1946) pour permettre à des politiciens « travaillistes » d'arracher aux médecins ce qu'ils ont créé par leur travail, on comprend que les contribuables britanniques d'esprit lucide conçoivent quelque crainte. — surtout avec la perspective d'une démolition sans reconstruction satisfaisante.

R. L.

(1) Cf. *Gaz. Hôp.*, n° 8, 15 avril 1946, p. 170. Le plan Bevan d'étatisation de la médecine en Angleterre.

Le doyen Henri Roger
(1860-1946)

En 1923, le professeur Henri Roger, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, prononça, lors de l'inauguration du musée Landouzy, une allocution dans laquelle il évoquait la mémoire du Maître, qui fut le sien, et dont le rôle a été capital dans l'évolution de la médecine contemporaine.

« Landouzy, disait-il, venait tout bouleverser avec ses idées originales qu'il exprimait en style imagé, parfois un peu bizarre, mais toujours correct et châtié. Il s'attachait à la pureté de la forme et recherchait l'originalité de la phrase. Connaissant à fond la littérature française, imprégné de la lecture des auteurs grecs et latins il réalisait pleinement le type idéal de l'humaniste... »

Et plus loin : « Ce savant, ce lettré, était aussi un artiste. Grand amateur de peinture il avait visité tous les musées d'Europe... »

Ce que Roger disait de Landouzy peut, en vérité, s'appliquer au caractère de Roger lui-même.

Comme son maître Landouzy, le doyen Henri Roger était un humaniste raffiné.

Comme lui, « il conserva jusqu'à la fin de sa vie l'ardeur et l'enthousiasme de la jeunesse ».

Comme lui, avec une activité inlassable il se consacra à la clinique, aux recherches de laboratoire et à l'enseignement. Dans tous ses travaux il a montré le même souci de l'exactitude, de la précision, de la forme châtiée. Jusqu'à la fin de sa vie il a travaillé. Son œuvre est considérable et garde l'empreinte de la sérénité qu'il montrait en toutes circonstances.

Lorsqu'il était doyen il savait par sa simplicité et sa bienveillance attirer la confiance des étudiants et la respectueuse affection de ses collègues. Sa courtoisie enfin était constante et nous en gardons personnellement un reconnaissant souvenir.

La vie scientifique du doyen Henri Roger est remarquable par sa continuité. La clinique, la pathologie générale, les maladies infectieuses, la médecine expérimentale et la physiologie lui doivent d'innombrables recherches et d'admirables travaux.

C'est Bouchard qui lui ouvrit son laboratoire et lui donna le goût de la pathologie générale et, plus tard, Brown-Séquard l'attira irrésistiblement vers la médecine expérimentale et la physiologie.

Interne des hôpitaux en 1883 dans la même promotion que son ami Achard, il eut pour maîtres, entre autres, Ball, Bouchard et Landouzy.

En 1892, Roger est nommé agrégé dans la section de médecine en même temps que Charrin, Gaucher, Marfan et Ménétrier. La même année, il arrive aux hôpitaux. Trois ans plus tard il est chef de service et sa carrière hospitalière se partagera entre l'hôpital d'Aubervilliers où il passe douze ans, la Charité et l'Hôtel-Dieu où il reste quatorze ans, jusqu'à sa retraite.

En 1904 il avait été nommé professeur de médecine expérimentale. En 1925, il succéda à Charles Richet père, dans la chaire de physiologie.

De 1918 à 1930 il fut doyen de la Faculté de Médecine. L'Académie de Médecine enfin, en 1910, lui avait ouvert ses portes.

Il était commandeur de la Légion d'honneur.

Pendant sa longue et laborieuse carrière hospitalière, Roger a été un *grand chef d'école*. Son premier interne à Aubervilliers fut Bayeux dont on n'a pas oublié les travaux sur la diphtérie et le tubage. Sous l'inspiration de son maître il se livra, au mont Blanc, à l'étude du sang, aux hautes altitudes et il fut un des protagonistes de l'oxygénothérapie.

Puis ce fut le regretté Garnier, admirable clinicien, dont le souvenir reste toujours présent, car son merveilleux dictionnaire des termes médicaux écrit en collaboration avec V. Delamarre et préfacé par Roger, éminent philologue, est sur la table de tous ceux qui travaillent.

Il faut encore citer à Aubervilliers : Ghika, Emile Weil, Aubertin, Detot.

A la Charité : Trémolières puis le cher et si regretté Levi-Valensi, martyr des camps d'extermination nazis, et Henri Bénard.

A l'Hôtel-Dieu : Chevallier et René Porak.

Ces quelques noms, et il faudrait en citer bien d'autres, montrent la valeur de ceux qui furent les disciples de Roger.

L'œuvre de Roger est immense. Il y a peu de sujets qui n'aient tenté ce travailleur à l'érudition exceptionnelle, à l'esprit si clair, toujours à la recherche du mieux. Roger avait un don de synthèse extraordinaire. Il en donna souvent de remarquables exemples dans sa collaboration de cinquante ans à la *Presse médicale* dont il était l'un des directeurs scientifiques.

Une simple énumération de ses publications montrera la variété et l'étendue de son œuvre écrite. Mais il faudrait citer encore un grand nombre de travaux ou de recherches qui échappent à l'analyse et que Roger à la fois *médecin et physiologiste* a abordés avec une rare maîtrise.

Est-il nécessaire de rappeler ses travaux depuis longtemps classiques sur l'action antitoxique du foie, sur l'occlusion intestinale, sur les maladies infectieuses ? Et ses recherches faites pendant l'autre guerre, en 1916, sur le mécanisme et le traitement du choc nerveux.

Depuis, n'a-t-il pas fait avec Binet, sur le rôle physiologique du poumon des expériences qui démontrent l'existence d'une action des poumons sur les graisses. Ces recherches ont été poursuivies par Binet qui, après avoir étudié la lipodiérèse pulmonaire et sa fonction ammoniogénétique, a pu mettre en évidence le pouvoir microbicide du poumon.

Tout le monde sait aussi que Roger sans s'éloigner de la médecine, se révéla un jour un remarquable auteur dramatique.

J'ai assisté autrefois, chez Antoine, à la représentation d'une pièce en deux actes, l'*Enquête*, dans laquelle Roger (sous le pseudonyme de Henriot) a fait une description vraiment extraordinaire au point de vue théâtral et au point de vue clinique, d'un cas d'épilepsie méconnue.

Je m'excuse de ces citations un peu désordonnées, mais il faudrait un volume pour tout rappeler.

Son œuvre écrite :

Détachons-en d'abord le plus beau de ses livres : *L'Introduction à l'Etude de la médecine* qui est ou devrait être entre toutes les mains.

Rappelons qu'en 1880, Roger avait débuté par la publication à l'Académie des Sciences d'une note sur *l'agglutination sérique des microbes :* il est inutile d'en marquer l'importance. Cette note fut le point de départ du séro-diagnostic.

Puis citons, en suivant l'ordre chronologique, ses principaux ouvrages :

1893. *Physiologie normale et pathologique du foie.*

1901. *Maladies infectieuses* (2 vol.).

1904. *Introduction à l'étude de la Médecine* (8 éditions).

1906. *Alimentation et nutrition. — Digestion et nutrition.*

1924. *Questions actuelles de biologie médicale.*

1938. *Méningo-brucelloses,* avec Poursines.

En 1946, quelques jours avant sa mort, paraissait son dernier volume : *Eléments de psycho-physiologie.*

La collaboration de Roger aux grands Traités a été très importante :

Traité de Médecine (Charcot-Bouchard)

(1898). — *Traité de pathologie générale* (1895). — *Nouveau traité de médecine* avec Widal et Teissier (1921). — *Traité de physiologie normale et pathologique* avec Léon Binet (1933).

Roger ne fut pas seulement un grand médecin, un grand physiologiste, il fut aussi, souvent, un admirable ambassadeur de la pensée française et il a pris part à des missions scientifiques en Amérique Centrale et en Amérique du Sud qui eurent une portée d'autant plus grande que Roger avait une réputation mondiale, qu'il était docteur *honoris causa* de nombreuses universités et membre de dix-huit sociétés étrangères.

Ces dernières années il avait quitté Paris et s'était installé dans sa campagne de Saint-Leu-la-Forêt où il était le voisin de M. le professeur Hartmann. Il venait à Paris assister aux séances de l'Académie de Médecine. On était heureux de voir le maître, avec son clair regard, sa physionomie grave qui s'éclairait d'un aimable sourire lorsqu'il était abordé par un ami. La dernière fois que je l'ai vu, rien dans son aspect ne pouvait laisser prévoir une fin si prochaine. Avec son affabilité coutumière, peu de jours avant sa mort, il avait reçu chez lui, à Saint-Leu, quelques amis dont notre confrère J.-M. Le Goff. Il avait montré la même vivacité d'esprit que de coutume et cette sérénité qui l'a accompagné jusqu'au dernier moment.

F. L. S.

P.-S. — On ne peut lire sans émotion le dernier article écrit par Roger et que publie *La Presse Médicale* du 18 mai 1946.

Dans ce travail « d'introspection » écrit par un clinicien, un physiologiste et un philosophe Roger décrit la *respiration de Cheynes-Stokes* et on ne sait ce qu'il faut le plus admirer, de la précision de son auto-observation ou du stoïcisme du Maître bien regretté.

Simon Flexner

Le grand biologiste américain Simon Flexner, qui fut le directeur de l'Institut Rockfeller pour les recherches médicales à New-York, vient de mourir. Il était né à Louisville, Kentucky (U.S.A.), le 25 mars 1863.

Il fut professeur d'anatomie pathologique à l'Université John Hopkins, puis à l'Université de Pennsylvanie. En 1903, il devient directeur de l'Institut Rockfeller. Il avait pris sa retraite en 1935 et avait reçu le titre de directeur honoraire.

Les principaux travaux de Flexner ont porté sur la dysenterie, la méningite cérébro-spinale, les maladies à virus, la poliomyélite. En 1900, lors de l'épidémie de dysenterie de Manille, il isole et décrit un nouveau bacille qui porte son nom.

Sa haute réputation l'avait fait nommer président du Conseil de Santé publique de l'Etat de New-York. Il était membre de différentes Sociétés scientifiques américaines : l'Académie de médecine de New-York, l'Académie américaine des sciences.

En Grande-Bretagne, il était membre associé étranger de la Royal Society de Londres ; en France, de la Société de Biologie et de l'Académie de médecine. L'Académie des sciences l'avait élu membre correspondant pour la section de médecine et de chirurgie en 1931, puis membre associé étranger en 1937.

Il était commandeur de la Légion d'honneur.

INTERETS PROFESSIONNELS

Conseil national de l'Ordre des médecins

Composition du bureau. — Président : M. L. Portes (Seine).

Vice-présidents : MM. L. Deguignand (Côte-d'Or) ; J. Duhamel (Haut-Rhin) ; H. Laffitte (Deux-Sèvres) ; R. Legrand (Nord).

Secrétaire général : M. B. Lafay (Seine).

Trésorier : M. M. Larget (Seine-et-Oise).

INFORMATIONS
(Fin)

Association d'études physio-pathologiques du foie et de la nutrition

L'Association a tenu à Vichy, le samedi 13 mai, sous la présidence de M. le professeur Loeper, sa deuxième session.

Le sujet à l'étude était : Séquelles des ictères infectieux.

Plusieurs rapports ont été consacrés à cette question. On entendit un brillant exposé, fortement étayé, de M. le professeur Chabrol. Puis M. Mallet-Guy, MM. Cottet et Varay, dans un important rapport, enfin, M. Dany (de Vichy), prirent successivement la parole.

M. le professeur Loeper, dans son allocution d'ouverture, rappela le souvenir des disparus, en particulier nos confrères Villaret et Fiessinger.

M. le Maire de Vichy avait accueilli les congressistes, qui étaient au nombre d'une centaine. Les dirigeants de la Compagnie fermière de Vichy, enfin, ont reçu leurs hôtes avec leur somptuosité traditionnelle.

Journées médicales de Bruxelles 1946

La XXe session des Journées médicales de Bruxelles, sous le haut patronage de S. M. la reine Elisabeth et la présidence de M. le professeur Frédéric Bremer, auront lieu du 22 au 26 juin.

La séance inaugurale aura lieu le samedi 22 juin au Palais des Académies. La conférence inaugurale sera faite par M. le professeur Henri Mondor (de l'Académie française), sur **un chirurgien au XVIIIe siècle.**

Les séances opératoires, les conférences et les réceptions auront lieu suivant le rythme habituel.

Le 26 juin est consacré à une excursion à Gand.

Le secrétaire général est, une fois de plus, notre éminent confrère et ami, le Dr René Beckers, 141, rue Belliard, à Bruxelles.

L'Union fédérative nationale des médecins de réserve, poursuivant la série de ses conférences, donnera, le samedi 15 juin, à 21 heures, à la Faculté de médecine de Paris, deux conférences sur « Le Service de Santé de la division blindée », faites par M. le capitaine Barlier et M. le médecin capitaine Dollonne.

Adhésions reçues au siège, 58, rue Chardon-Lagache, Paris (16e) : 100 francs pour les médecins, 50 francs pour les étudiants.

Les noms des membres de l'U. F. N. M. R. assistant aux conférences et ayant signé le livre de présence à la sortie, seront transmis à la Direction générale du S. S.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 12. — 15 JUIN 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr.; Etranger, 225 et 270 fr. Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURN — Rédacteur en chef : Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours spécial de médecin des hôpitaux. — Sont déclarés sous admissibles : MM. Milliez, Israël, Bernard Dreyfus, Sikorav, François-Michel Lévy, Kreis, Michel Bloch, Zarachovitch, Mlle Grumbach, MM. Vignalou, Kaufman, Sée, Meyer Heine.

Concours d'assistants en médecine

Sont nommés : MM. Castaigne, Tricot, Nick, Albahary, Le Sourd, Blanchon, Bastin, Pergola, Durupt, Delzant, Audry, Alison, Danel, Bach, de Lignières, Trémolières, Coury, Le Brigand.

Concours spécial d'assistants en médecine

Sont nommés : MM. Royer, Bricaire, Kaplan, Richet, Chiche, Laroche, Mantoux, Brisset, Bonduelle, Bilski-Pasquier, Lebovici, Weill, Coblentz, Minkowski, Carasso, Dreyfus, Piguet, Wimphen, Lecointe.

Concours d'assistant en obstétrique. — Sont nommés MM. Adrien Weill et Hanon.

Assistants en médecine des hôpitaux de Paris. — Un deuxième CONCOURS SPÉCIAL s'ouvrira le 28 juin 1946. Inscription du 4 au 14 juin inclusivement.

Assistants en obstétrique des hôpitaux de Paris. — Un concours pour deux places s'ouvrira le 26 juin 1946. Inscription du 27 mai au 5 juin inclusivement.

Concours spécial pour la nomination à une place d'ophtalmologiste des hôpitaux

Ce concours sera réservé aux assistants d'ophtalmologie des hôpitaux de Paris remplissant les conditions réglementaires pour se présenter au concours d'Ophtalmologiste des hôpitaux appartenant aux catégories énumérées à l'arrêté ministériel du 11 mars 1946 et qui, de ce fait, n'ont pu prendre part à aucun concours depuis l'ouverture des hostilités ou qui se sont présentés à un seul concours et dans des conditions défavorables.

Il sera ouvert le 9 juillet 1946. Inscription du 12 au 20 juin inclusivement.

Concours de l'Internat de liquidation des Hôpitaux de Paris

Oral

Séance du 21 mai 1946

Notes attribuées. — MM. Flouquet, 15,50 ; ,50 ; Coupé, 11 ; Moigneteau, 14 ; Japhet, ..J ; Rougeulle, 12 ; Binet, 26 ; Foucher, 16 ; Cornet, 19 ; Coullaud, 16 ; Lallemant (Yves), 24.

Quesitons sorties. — S. D. et traitement de la maladie d'Addison. — S. D. et traitement de la luxation antero-interne de l'épaule.

Première séance du 22 mai 1946

Notes attribuées. — MM. Courtois-Suffit, 18 ; Crépy (Claude), 21 ; Daffos (Jacques), 16 ; Dandelot, 14 ; Amondruz, 18 ; Barbizet (Jacques), 24 ; Chatain, 22 ; Abbas, 15 ; Tremblay, 14 ; Cahn, 15.

Questions sorties. — S. et D. de la poliomyélite antérieure aiguë. — S. et D. du cancer du rectum.

Deuxième séance du 22 mai 1946

Notes attribuées. — M. Samson, 18 ; Mme Troisier, 17 ; MM. Bonfils, 24 ; Cohen-Scali, 8 ; Le Bouteiller, 12 ; Herlemont, 13 ; Boëffard, 19 ; Coudert, 14 ; Bourel, 26.

Questions sorties. — S. et D. de la pleurésie sero-fibrineuse tuberculeuse. — S. et D. du mal de Pott sous-occipital.

Séance du 24 mai 1946

Notes attribuées. — MM. Pierquin, 12 ; Piton, 14 ; Chirié, 20 ; Verlet, 10 ; Lamare, 17 ; Bouvattier, 15 ; Batisse, 16 ; Laurent, 23 ; Larget, 22 ; Mme d'Hespel, 23.

Questions sorties. — S. D. et traitement de l'œdème aigu du poumon. — S. D. et traitement de la fracture du col du fémur.

Première séance du 25 mai 1946

Notes attribuées. — MM. Nalpas, 15 ; Etienne, 11 ; Flurin, 21 ; Brion, 18 ; Muffang, 11 ; Dubois (Michel), 26 ; Sénéchal (Gilbert), 20 ; Michaux (Jacques), 22 ; Choffel, 21 ; Weil (Raymond), 13.

Questions sorties. — S. et D. du cancer de la tête du pancréas. — S. D. et traitement de la hernie crurale étranglée.

Deuxième séanco du 25 mai 1946

Notes attribuées. — MM. Lestradet, 21 ; Baillet, 21 ; Malégue, 15 ; Held, 13 ; Strauss, 19 ; Deschamps (Henri), 21 ; Postel, 23 ; Baudry, 19 ; Coudeyras, 12 ; Marie (Louis), 10.

Questions sorties. — S. D. et traitement de la méningite cérébro-spinale aiguë épidémique à méningocoques. — S. et D. de l'orchi-épidydimite tuberculeuse.

Première séance du 27 mai

Notes attribuées. — MM. Chapuis (Gérard), 14 ; Juvenelle, 18 ; Griffe, 11 ; Dautry, 17 ; Mlle Brunel, 15 ; MM. Méary, 26 ; Bertagna, 28 ; Chaudeslot, 11,5 ; Meyer (Bernard), 20 ; Berthaux, 20.

Questions sorties. — S. D. et traitement du coma diabétique. — Accidents hémorragiques de la grossesse tubaire.

Deuxième séance du 27 mai

Notes attribuées. — MM. Robert, 12 ; Bloch Laine, 19 ; Paris, 22 ; Cotoni, 15 ; de Gaudart d'Allaines, 19; Lauras, 20 ; Pillois, 12 ; Lemaire (Lucien), 18 ; Descamps (Louis), 19 ; Masse (Philippe), 18.

Questions sorties. — S. et D. du pneumothorax spontané. — S. et D. des anévrysmes artériels poplités.

Première séance du 29 mai 1946

Notes attribuées. — MM. Denoël, 11 ; Voisin, 20 ; Maloy, 21 ; Cotlenko, 21 ; Bosquet, 24,30 ; Duhamel, 23 ; Martin, 16 ; Le Besnerais, 14.

Questions sortics. — S. et D. du cancer de l'œsophage. — S. D. et traitement du tétanos.

Deuxième séance du 29 mai 1946

Notes attribuées. — MM. Deniker, 18 ; Bréger, 20 ; Marquand, 21 ; Giraud (R.), 22 ; Bougerie, 11 ; Lemaire, 6 ; Fiessinger, 19 ; Ferbos, 14 ; Giès, 13 ; Pette, 14.

Questions sorties. — S. et D. des paralysies diphtériques. — Complications des ulcères gastro-intestinaux.

Séance du 31 mai 1946

Notes attribuées. — MM. Mselati, 18 ; Pelbos, 17,5 ; Hatte, 19 ; Mesly, 17 ; Le Tessier, 14 ; Vallée (Cl.), 13 ; Bernier (Jacques), 24 ; Bouffard, 18 ; Dejour, 17.

Questions sorties. — S. D. et traitement du chancre syphilitique chez l'homme. — Formes cliniques de l'appendicite aiguë.

Première séance du 1er juin

Notes attribuées. — MM. Malvezin, 17 ; Trouillard, 13 ; Mlle Chevallier, 18,5 ; M. Aubuzay, 26 ; Tiniol, 18 ; Bédouelle, 13 ; Roume, 19 ; Pépin (J.), 18 ; Hardouin, 13 ; Gayno, 16 ; Goursolas, 18 ; Têtu, 16.

Questions sorties. — Diagnostic et traitement de la colique néphrétique. — S. et D. de la coxalgie.

Deuxième séance du 1er juin

Notes attribuées. — MM. de Person, 13 ; Genet, 12 ; Welfling (J.), 16 ; Triboulet, 16 ; Néel, 22 ; Palfer-Solliez, 19,5 ; Dufourmentel (Ph.), 17 ; Wisner, 13 ; Gobert, 11 ; Polonowski, 23 ; Fritel, 15.

Questions sorties. — Manifestation cardiaque du rhumatisme articulaire aigu dans le diagnostic et le traitement. — S. D. et traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Liste des candidats reçus. — MM. Bourel, Michel, 94.90 ; Bosquet, Gilbert, 94.40 ; Lestradet, Henri, 71.90 ; Dubrisay, Jacques, 71.10 ; Bernier, Etienne, 70.10 ; Caron, Jacques, 69.60 ; Barbizet, Jacques, 68.60 ; Polonowski, Claude, 68.00 ; Dubois, Michel, 68.20 ; Descamps, Louis, 68.10.

Bonfils, Serge, 67.40 ; Méary, Robert, 66.40 ; Baillet, Jack, 65.40 ; Woimant, Bernard, 65.20 ; Giraud, Robert, 65.10 ; de Ponton d'Amecourt, 64.90 ; Binet, Jean, 64.90 ; Timal, Roger, 64.30 ; Mme d'Hespel, née de la Bourdonnais, 64.10 ; Chatain, Yves, 64.10.

Choffel, Claude, 64 ; Deschamps, Henri, 63.40 ; Michaud, Jacques, 62.90 ; Brion, Serge, 62.90 ; Paris, Pierre, 62.40 ; Bertagna, Louis, 62.10 ; Duche, Didier, 61.70 ; Malvy, Paul, 61.40 ; Flurin, René, 61.20 ; Mercier, Jean, 61.10.

Duhamel, Jean, 60.60 ; Courtois-Suffit, Michel, 60.40 ; Postel, Michel, 59.90 ; Hatt, Pierre, 59.60 ; Masse, Philippe, 59.60 ; Larget, Paul, 59.40 ; Piton, André, 58.90 ; Tremblay, Emmanuel, 57.60 ; Rougeulle, Jacques, 57.40 ; Bœffard, Jean, 56.90.

Marquand, Jacques, 56.90 ; Crépy, Claude, 56.90 ; Sénéchal, Gilbert, 56.90 ; Laurent, Francis, 56.90 ; Pépin, Bernard, 56.70 ; Roume, Jean, 56.60 ; Bloch-Lainé, Jean, 56.40 ; Breger, Paul, 56.40 ; Strauss, Pierre, 56.10 ; Gayno, Marc, 56.10.

Amondruz, Jean, 55.90 ; Lemerre, Lucien, 55.90 ; Mlle Chevallier, Jeanne, 55.90 ; Néel, Jean, 55.90 ; Chirie, Michel, 55.90 ; Pillois, Jean, 55.70 ; Fritel, Didier, 55.60 ; Dautry, Paul, 55.60 ; Palfer-Sollier, Marcel, 55.60 ; Pelbois, François, 55.60.

Mselati, Edmond, 55.50 ; Chapuis, Gilbert, 55.50 ; Dubray-Vautrin, Jacques, 55.40 ; Lallemant, Yves, 55.40 ; Flouquet, Henri, 55.40 ; Chauderlot, Bernard, 55.40 ; Baudry, Georges, 55.20 ; Bucaille, Maurice, 55.10.

Faculté de médecine de Paris

Nomination. — Par arrêté en date du 21 mai, M. Henri Bénard, professeur titulaire de la chaire de pathologie expérimentale, est transféré dans la chaire de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (dernier titulaire : M. N. Fiessinger).

Par arrêté du 25 mai, M. Alajouanine est nommé professeur titulaire de la chaire d'histoire de la médecine.

Par arrêté du 25 mai, M. Guy Laroche, professeur sans chaire, est nommé professeur titulaire de la chaire de thérapeutique (dernier titulaire : M. Aubertin).

Par arrêté du 25 mai, M. Delay, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales et de l'encéphale (dernier titulaire : M. Lévy-Valensi).

Transfert. — M. Duvoir, professeur titulaire de la chaire de médecine légale est transféré, à compter du 1er juillet 1946, dans la chaire de médecine du travail nouvellement créée.

Concours du prosectorat (1946). — Sont nommés : MM. Chatelin, Michon et Duhamel.

Concours de l'adjuvat (1946). — Sont nommés : MM. Houdard, Frileux, Pertuiset, Mercadier, Denisart, Toupet.

Facultés de Médecine

Sont pérennisés dans leurs fonctions d'agrégés à compter du 1er janvier 1946 :

Paris : M. Desoille.

Bordeaux : MM. Castagnou et Mesnard.

Lille : MM. Balatre et Driessens.

Lyon : M. Broussy.

Nancy : M. Beau.

Strasbourg : MM. Tulasne et Callot.

Alger : M. Curtillet, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale et orthopédique.

Bordeaux : M. Charrier est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale et gynécologique (dernier titulaire : M. Jeanneney).

(Suite des Informations, page 265.)

Suite et compléments à l'étude de l'action caryoclasique de la colchicine dans le traitement des tumeurs

par Ernest Huant

Nous voulons donner dans ce présent travail diverses observations susceptibles d'apporter des précisions complémentaires sur l'action caryoclasique de la colchicine telle que nous l'avons établie et étudiée dans des publications antérieures (1) avec ou sans association radiothérapique. Certaines des observations que l'on va lire plus loin correspondent évidemment à des cas-types — dont nous avions déjà cité précédemment d'autres exemples (2) — où l'action de la colchicine apparaît avec une netteté toute particulière. Il est bien certain que toutes nos observations recueillies depuis 1939 n'ont pas, comme nous l'avons aussi déjà souligné, la même allure démonstrative. Il n'en reste pas moins vrai que celles-ci correspondent à des faits *cruciaux*, offrant en même temps que d'irréfutables confirmations de l'action caryoclasique, quelques précisions sur les modalités cliniques et thérapeutiques de cette action. Nous pensons que les divers auteurs qui ont abordé cette question à la suite de nos premiers travaux pourront trouver, d'après ce double point de vue, un réel motif d'intérêt à cette présente publication.

Observation I. — *Tumeur cervicale d'origine laryngée*

La valeur de cette observation (une de nos plus récentes) est de montrer une rapidité et une intensité d'action de l'agent caryoclasique, telle que nous ne l'avions pas encore rencontré, même dans des cas analogues de métastases ganglionnaires où nous avions pourtant déjà signalé à deux reprises l'efficacité indéniable de l'association colchicine-radiothérapie.

Il s'agit d'un malade de 55 ans affligé d'un épithélioma laryngé gauche, ayant provoqué *une énorme métastase cervicale* de la grosseur d'un double poing, extrêmement dure, adhérente aux plans profonds, déformant complètement l'anatomie cervicofaciale du sujet et provoquant dysphagie et dyspnée, mais surtout d'intenses et tenaces céphalalgies qui résumaient d'ailleurs pour le malade la symptomatologie dont il était anxieux d'être délivré... Tout ceci l'amène de consultation de médecine en service O. R. L. (Professeur Lemaître) où le diagnostic est confirmé et d'où il nous est adressé pour « tenter » un traitement radiothérapique qui, bien entendu, n'avait jamais été institué auparavant.

Nous le soumettons à la roentgenthérapie pénétrante avec trois champs d'irradiation (deux latéraux et un postérieur) pour traiter la lésion causale en même temps que l'énorme métastase cervicale : 1 champ par séance de 200 *r*, 1 séance tous les deux jours avec permutation circulaire des portes d'entrée. En même temps nous associons la colchicine suivant notre méthode habituelle : 3 mmgr, en injection intraveineuse 3 h. 1/2 à 4 heures avant la séance de R.X. (Enfin, à titre adjuvant, nous prescrivons, en comprimés, 50 centigr. de nicotinamide par 24 heures).

A la 6e séance, c'est-à-dire quinze jours après le début du traitement, le champ cervical gauche n'avait reçu directement que 400 *r*. En tenant compte de l'effet de voisinage du champ droit, d'un effet d'addition à partir du champ occipital, on peut compter — et en comptant très largement — une dose effective moyenne d'environ 800 *r* au niveau de la métastase cervivale : ceci, en radiothérapie profonde anti-tumorale, et surtout quand il s'agit de néos du larynx, correspond à une simple caresse !... Or, à ce moment du traitement, *la tumeur cervicale était diminuée au moins de moitié*. A la 8e séance le 1/3 seulement du volume primitif était encore perceptible... A la 10e séance, il ne restait de cette masse auparavant volumineuse comme les deux poings réunis, qu'un nodule irrégulier, toujours aussi dur, mais *à peine gros comme un œuf de pigeon !* L'ensemble des 3 champs avait reçu à peine plus de 1.800 *r*.

Vers ce stade du traitement, un œdème réactionnel — qu'il est classique d'observer dans les traitements du larynx au R. X. — provoque des crises de suffocation, dont l'amplitude et la précocité relative d'apparition s'expliquent sans doute par le fait que notre sujet est, en outre, un alcoolique chronique, à terrain taré, ayant déjà présenté des crises de délirium tremens. Ceci oblige à interrompre le traitement une semaine, pendant laquelle nous faisons doubler la prise quotidienne de comprimés de nicotamide. En même temps, et par mesure de précaution, nous prenons une radiographie pulmonaire, qui ne révèle absolument rien d'anormal. A la reprise du traitement, l'examen O. R. L. montre un état local absolument satisfaisant, nous arrêtons la colchicine à la 12e injection et prolongeons la radiothérapie jusque 4.000 au total (conformément au principe de prudence que nous avons souvent répété). Bien avant la fin du traitement la métastase cervicale n'est plus qu'un minime résidu d'aspect calcifié qu'il faut chercher dans le creux sus-claviculaire et qui, d'ailleurs, n'a plus évolué peu de temps après la reprise. L'examen O. R. L. confirme toujours l'excellent aspect des lésions initiales, c'est-à-dire qu'*il ne révèle plus derrière un œdème résiduel que des aspects purement cicatriciels.*

Il ne reste plus qu'à attendre l'épreuve du temps, en soulignant que de toutes façons l'étonnante et si rapide régression de la masse cervicale gardera toute sa valeur, que l'on peut ici attribuer avec une quasi certitude à l'action prédominante de l'agent caryoclasique.

Observation II. — *Traitement d'une linite plastique*

T... René, 58 ans, nous est adressé en mars 1945 par un confrère de province pour linite plastique, déjà vérifiée radiologiquement avec infiltration du pylore, et signes généraux extrêmement accentués : maigreur squelettique, perte totale de l'appétit, asthénie rendant toute marche impossible, intolérance alimentaire presque complète.

Un chirurgien s'était déjà refusé à toute intervention et des signes de métastases abdominales se remarquaient déjà à gauche. Le 5 mars 1945, nous confirmons tous ces signes par une nouvelle radiographie : linite envahissante obturant presque totalement la cavité gastrique. Pylore envahi, à lumière filiforme avec incontinence totale.

Devant le caractère désespéré de ce cas, nous décidons de centrer la radiothérapie sur la région gastro-pylorique pour rendre, avant tout, quelques possibilités alimentaires au malade : 250 puis 300 *r* par séance — une séance tous les deux jours. Colchicine à 3 puis 4 mmgr. (à partir de la 4e séance) intraveineux 4 heures avant la radiothérapie. En même temps nicotamide à 10 cgr. intra-musculaire les jours de séance, 40 cgr. en comprimés les jours intercalaires.

Environ trois semaines après le début du traitement, nous prenions une deuxième radiographie gastrique. La comparaison est telle qu'elle semble pouvoir se passer de tout commentaire. Nous avons montré ces deux documents à de nombreux confrères radiothérapeutes et cancérologues et leurs appréciations ont confirmé absolument cette impression personnelle et *ils ne pensent pas qu'il existe dans la littérature d'exemples aussi probants de transformation aussi caractéristique et aussi rapide d'une pareille image de linite plastique*, arrivée au seuil même de l'oblitération totale. Nous publierons ces clichés ultérieurement.

Non seulement, dans la seconde image la cavité gastrique est restituée dans son aspect général à peu près normal, mais la région pyloro-bulbaire réapparaît aussi avec ses images classiques d'ondes contractiles et de passages évacuateurs... En même temps l'état général s'était nettement amélioré, le malade pouvait manger « à peu près de tout », et même d'appréciables quantités de viande : il dédaignait maintenant ambulances et brancards, se déplaçait par ses propres moyens et affrontait même journellement les fatigues du métro...

Mais il ne pouvait évidemment être question pour un cas aussi extrême d'obtenir autre chose qu'une chance de courte survie. Elle a ici été, d'environ cinq mois et aurait sans doute dépassé ce chiffre, si ce malade étant retourné dans sa campagne n'avait eu à subir (peut-être à l'occasion de phénomènes occlusifs) une hâtive intervention chirurgicale dont il n'a pu supporter le choc.

L'intérêt — presque expérimental — de cette observation est de montrer d'une façon irréfutable l'*action prédominante de l'agent caryoclasique associé*, par rapport à une seule action énergétique qui, employée seule, n'a — du moins jusqu'ici — jamais pu provoquer des modifications radiologiques aussi nettes, pour des doses aussi restreintes (2.200 *r* au moment du 2e examen) et pour une tumeur aussi résistante.

Chose curieuse et qui nous paraît également digne d'être notée, l'action lytique ne semble guère avoir été augmentée dans la suite de la même série, alors que la dose d'alcaloïde avait été prolongée jusqu'à la 16e injection et la dose énergétique jusqu'à 4.000 *r* sur le seul champ antérieur. Une 3e radiographie pratiquée en fin de traitement, montre une image à peine légèrement améliorée par rapport à celle du 5 avril. Il semble que l'effet maximum du traitement ait été rapidement atteint pour se maintenir ensuite en palier. Ceci ne peut être d'ailleurs qu'une seule apparence, car le contour révélé par l'examen radio-

(1) Action de la colchicine sur la radio-sensibilité des tumeurs malignes par Ernest Huant (*Gaz. des Hôpitaux*, 10 février 1944.

(2) Nouvelles considérations sur l'action de la colchicine sur la radio-sensibilité des tumeur malignes. Ernest Huant (*Gaz. des Hôpitaux*, 1er août 1944).

logique n'est pas le seul critère d'appréciation, s'il est à peu près le seul qui nous soit facilement accessible!... Des cellules tumorales ont pu très bien être encore affectées et touchées à mort par l'effet de l'alcaloïde et celui des R. X. dans l'épaisseur même de l'infiltration néoplasique ou à sa périphérie externe, sans que la souplesse contractile ou élastique de son bord interne en soit *ipso facto* augmentée... C'est pourquoi il importait toujours de faire accepter les doses énergétiques maxima et des doses au moins suffisantes d'alcaloïde.

Un second élément d'intérêt peut se déduire de cette observation — élément que nous nous proposons d'ailleurs d'exposer plus complètement en d'autres pages : c'est ici que la nicotamide intramusculaire nous a paru, pour la première fois, avoir un effet bien réel sur la dose totale de R. X. acceptable par les téguments. Nous avions déjà souligné ce fait dans une précédente publication (3), et cette observation est l'une des premières qui nous a permis de l'établir : alors qu'il est difficile avec les constantes de traitement que nous indiquions plus haut de dépasser en une seule série suivie 2.500 *r* pour 1 seul champ, sans aboutir à un érythème plus ou moins notable, nous avons pu atteindre là 4.500 *r* sans observer autre chose qu'une simple pigmentation brunâtre atteignant son maximum trois semaines après la fin de la série. Le rôle protecteur de la Vit. P. P. vis-à-vis des téguments nous apparaît ici se dégager bien nettement. Nous avons déjà écrit d'ailleurs, que ce n'était pas sans doute le seul effet utile que l'on pouvait attendre de cet agent, nous aurons l'occasion d'y revenir à la fin de ce travail.

III. — *Discussion d'une évolution de métastases pulmonaires*

A ces deux observations, nous voudrions en ajouter une troisième — d'une importance au moins aussi cruciale — et qui porte sur l'évolution de métastases pulmonaires d'un épi du sinus piriforme gauche. Mais là, l'importance de la lecture des documents radiologiques est telle que ne pouvant les faire figurer (pour des raisons d'ordre technique) dans la présente publication, nous nous proposons de la relater en détail dans un travail ultérieur où il nous sera possible de donner une reproduction satisfaisante des radiographies.

Cependant, nous tenons à la signaler dès maintenant parce qu'elle peut permettre des conclusions auxquelles nous avouons attacher une importance très particulière : Conclusions qui peuvent d'ailleurs se rapprocher de notre étude des variations du cinétisme tumoral telle que nous l'avons exposée dans notre second travail sur la colchicine, mais qui nous semblent pouvoir aboutir en plus à de très intéressantes précisions.

Essentiellement, le malade (homme de 58 ans) avait déjà reçu une certaine dose de radiothérapie quand il nous fut adressé (du service du professeur Pasteur-Vallery-Radot) à Bichat : Le 5 mai 1944, il présentait une métastase supérieure droite, sous forme d'une masse ovoïde sous-claviculaire externe, bien homogène d'opacité, un début de métastase parahilaire supérieure gauche, une ébauche à peine visible, de condensation, au pôle inférieur du hile gauche.

L'état général très défectueux nous a obligé à interrompre dès le début toute radiothérapie. Nous avons alors, devant ce cas de force majeure, administré la seule colchicine (12 injections de 3 mmg., en juin 1944) : Le 13 juillet 1944, une nouvelle radio montre en même temps qu'une régression des images supérieures — surtout marquée *à droite* — *un très grand développement de l'image inférieure gauche* : C'est alors une forte masse ovoïde, d'homogénéité bien tranchée sur le reste du parenchyme, légèrement échancrée, comme en un début d'abcédation, à son pôle supérieur.

Fait d'autant plus surprenant qu'en même temps l'état général s'est fortement amélioré. A tel point que nous reprenons alors les R. X. et la colchicine. Voulant d'abord liquider la métastase primitive, nous administrons 4.000 *r* en 2 portes d'entrée sur le 1/3 supérieur du poumon *droit*. Des algies locales — peut-être d'ailleurs purement névritiques — nous incitent à limiter provisoirement la colchicine à 8 injections et, le 14 août 1944, nous reprenons une nouvelle radio :

Outre une régression encore accentuée des images supérieures, presque totale à droite, *d'une très considérable diminution de la métastase inférieure gauche.*

Puis le bombardement de l'hôpital Bichat du 25 août nous fait perdre contact avec ce malade dont l'état général s'améliorait encore.

***

Or, abstraction faite d'une dose absolument insignifiante, le champ gauche n'a jamais été, depuis que nous avions repris le traitement, directement affecté par l'irradiation. On peut donc attribuer à l'action prédominante de l'alcaloïde les modifications des images apparues dans l'épaisseur de ce champ. Mais l'apparition et la régression de l'image inférieure peut permettre de poser un problème à la fois plus complexe et plus captivant.

Elle n'existait qu'à titre d'ébauche avant la série alcaloïdique. Elle a été détectée par une exploration systématique, probablement à l'apogée de son développement et même au tout début d'une régression qui s'est absolument confirmée dans la suite, sans que rien n'ait pu agir directement sur elle, que les 8 injections de la dernière série combinée. Si donc, comme tout permet de le supposer, il s'git d'un foyer métastatique à point de départ médiastino-hilaire, *son développement qui semble bien répondre avant tout au cinétisme tumoral proprement dit, a été entravé et frappé à mort par le poison caryoclasique, alors même qu'il pouvait sembler, extérieurement être en plein stade extensil :* l'alcaloïde l'avait déjà marqué du sceau d'une évolution régressive, à l'origine même de son accroissement éphémère.

L'évolution de l'image est un exemple d'expérimentation, clinique et thérapeutique, qui doit achever de nous rassurer sur les craintes éventuelles de certains, quant à ce que nous avons appelé, les *pseudo-métastases à la colchicine*, ou plus exactement, à la possibilité de stimulation de foyers métastatiques latents mais pré-existants. Certes nous savions parfaitement que *toutes les données du laboratoire s'inscrivent déjà contre une telle éventualité :* la cellule tumorale, comme la cellule végétale ou embryonnaire, frappée par le poison caryoclasique à *doses suffisantes* devenant le siège d'une dégénérescence aplasique des fibres du fuseau chromial qui aboutit en définitive à l'inhibition de toute cinèse (4). Mais l'expérimentation du laboratoire est une chose et la clinique humaine et la thérapeutique supposent et exigent d'autres assurances. Le lecteur qui nous aura suivi dans les diverses publications qui jalonnent nos recherches dans ce domaine, se rappelle sans peine à quel point nous avons insisté sur le fait de *ne jamais négliger* les traitements habituels en faveur exclusive de l'alcaloïde, sur le fait aussi de toujours employer — en cas de tumeurs malignes — des doses suffisantes d'embler pour éviter — si improbable qu'en parusse l'éventualité — le plus minime risque de stimulation.

Actuellement et à la lumière de la présente observation, nous pouvons nous sentir plus précis et plus affirmatifs... Nous pouvons en déduire que même dans le cas improbable d'une stimulation, cette stimulation *ne serait qu'une apparence*, car *elle apparaîtrait frappée à mort dès son origine* — toujours bien entendu avec des doses suffisantes —... Autrement dit, l'*action caryoclasique inscrirait la fatalité de la phase régressive terminale avant même la poussée éphémère d'un développement transitoire... Et la* question est posée, que seule de multiples essais avec l'épreuve du temps pourront résoudre, de savoir si pour un foyer donné, cette phase régressive est définitivement terminale, et épuise définitivement les possibilités cinétiques du développement tumoral... Là encore on voit poindre l'intérêt de doses suffisamment fortes et *suffisamment prolongées.*

L'intérêt du point de vue précédent s'emplifie davantage, en se demandant jusqu'à quel point la thérapeutique ne tirerait pas bénéfice à cette révélation éventuelle de foyers métastatiques latents, à ce véritable éclatement, prématuré, éphémère, et *peut-être, finalement, à tendance inhibitrice* du cancer?... Ceci, survenant le plus rapidement possible, dans un organisme *à état général encore bien conservé*, plutôt que d'attendre les éclosions successives de métastases vraies longtemps ignorées, dans un organisme progressivement déchu, pour organiser avec elles ces tragiques et décevantes parties de cache-cache que ne connaissent que trop les radiothérapeutes!...

Cette question simplement posée et cette hypothèse que résoudront peut-être les solutions d'un proche avenir, permettent tout de même de concevoir dès maintenant l'utilité d'un traitement précoce et suffisamment intensif à l'agent caryoclasique, toujours prêt naturellement à être, jusqu'à nouvel ordre, épaulé et soutenu par la roentgenthérapie localisée, ou généralisée (téléradiothérapie).

***

Car les considérations précédentes laissent volontairement de côté la possibilité d'une interaction de l'alcaloïde avec les effets indirects ou rayonnement, que ce soit par répercussion fonctionnelle ou élaboration de produits — tampons... Nous avons déjà attiré l'attention sur ces faits, et ils est très possible qu'ils entrent également en cause à côté des modalités principales d'action de l'énergie roentgennienne... Il est même très possible que ces modalités indirectes prennent une importance prédominante pour

---

(3) Note sur l'action de l'amide nicotinique dans certaines lésions bacillaires. Ernest HUANT, *Gaz. des Hôpitaux*, 15 août 1945.

(4) Rappelons à ce sujet le travail d'ensemble du professeur A.-P. DUSTIN (de Bruxelles), *Gazette des Hôpitaux* : 21 mai 1938. pp. 661 à 665 (n° 41).

expliquer les résultats obtenus par l'association de l'alcaloïde à la téléradiothérapie. Quoique délicats à interpréter ces résultats sont réels et nous en publierons ultérieurement deux exemples assez significatifs.

OBSERVATION IV. — *Action de la colchicine seule dans les cas dépassant toute possibilité radiothérapique*

Nous ne dirons que peu de choses de quelques observations portant sur des cas arrivés à une phase préterminale ou l'état presque cachectique joint aux circonstances extérieures s'opposaient à tout traitement radiothérapique. Dans trois de ces cas nous avons pu apporter au malade, par l'utilisation de l'alcaloïde, autre chose qu'un simple traitement moral. Nous rapportons ici l observation la plus significative de ce groupe.

C. Jeanne, 63 ans. — Carcinose miliaire généralisée aux deux champs pulmonaires. Avait déjà subi plusieurs traitements radiothérapiques, quand elle nous est amenée pour une nouvelle série. L'état général est tellement touché qu'elle doit y renoncer dès la première séance.

Remenée chez elle, cette malde présente bientôt un début de syndrome de Claude Bernard-Horner, en même temps qu'apparaissent un peu partout des nodules métastatiques sous-cutanés et que les chaînes ganglionnaires du cou sont envahies simultanément.

Sous les instances répétées de l'entourage, nous faisons entreprendre une série d'alcaloïde, n'en attendant qu'un effet strictement moral.

A notre grande surprise, le médecin traitant nous fait appeler un mois après : cette malade qui semblait sur le point d'expirer sur l'heure de la précédente consultation, était améliorée et lucide. Ses signes neurologiques n'avaient pas évolués, il existait une régression nette des nodules abdominaux, une légère diminution des ganglions cervicaux. Elle a pu prolonger pendant plus de trois mois cette survie inespérée, une seconde série de huit injections lui ayant été administrée dans cet intervalle.

V. — *Quelques observations de l'action caryoclasique dans diverses tumeurs bénignes*

Nous avons obtenu un effet favorable constant dans trois cas de végétations vénériennes chez l'homme par quelques infiltrations intra-dermiques de la base des papillomes. Chez la femme — comme nous l'avons communiqué aux auteurs belges ayant traité par une pommade à la colchicine un cas de végétation vulvaire — nous avons obtenu d'excellents résultats par application d'un collutoire (tel que 5 gouttes = 1 mmgr. de colchicine) précédant quelques séances de radiothérapie superficielle. Rappelons que nous avions déjà, en 1944, employé le même collutoire pour le traitement de cancroïdes du cuir chevelu.

Enfin, dans un cas extrêmement rebelle de végétations post vénériennes, affectant toute la région ano-vulvaire d'une femme, diabétique par surcroît et ayant déjà subi diverses électro-coagulations insuffisantes, nous avons obtenu un très appréciable résultat par combinaison d'alcaloïde intra-veineux et de radiothérapie superficielle. (Ici, les indurations réactionnelles consécutives aux coagulations nous ont paru devoir offrir un obtacle à la pénétration du collutoire, nous l'avons néanmoins conseillé à titre consolidateur une fois le résultat essentiel acquis par le traitement combiné).

VI. — *Action de colchicine en milieu biologique modifié*

Peut-être un jour les laboratoires pourront-ils nous fournir un agent caryoclasique à marge d'utilisation beaucoup plus large que celle que nous offre actuellement la colchicine. En attendant il nous a paru intéressant de provoquer le choc caryoclasique dans un milieu biologique convenablement modifié suivant certaines modalités.

Ces modalités peuvent tendre à agir soit en augmentant la dose tolérable utile du poison cellulaire, *soit en augmentant les effets — à doses égales — par modifications convenables du milieu humoral :* c'est à ce dernier point que nous nous sommes particulièrement attachés.

Actuellement, de beaucoup la plus importante, nous paraît être la modification du milieu *par l'adjonction de nicotamide.* La vitamine P. P. peut agir sur les facteurs de tolérance à l'alcaloïde caryoclasique exatement comme pour la tolérance *à* l'action général des R. X. Mais nous avons aussi signalé son importance réelle sur la *tolérance tégumentaire* aux doses énergétiques, et nous pensons en outre que cette action peut se doubler par une action plus profonde sur le métabolisme vicié par anaérobiose et dévié vers la transformation lactique. des cellules tumorales. Quoiqu'il en soit l'expérience que nous pouvons déjà avoir sur ce sujet, *nous encourage très nettement à associer la vitamine d'oxydo-réduction cellulaire au traitement caryoclasique comme au traitement radiothérapique.* Pour l'un et pour l'autre l'augmentation de la tolérance est certaine et dans d'appréciables proportions.

Nous conseillons la nicotamide en injections intra-musculaires et même intraveineuses (on peut alors essayer de mélanger avec l'alcaloïde) avec la solution à 5 %. Les doses peuvent aller de 10 à 50 cg. par injection. Pour des raisons de commodité les injections peuvent être réservées aux jours de traitement et dans les journées intercalaires on prescrira 50 cg. en comprimés. Des bouffées congestives du visage, avec rougeur des téguments, quelques douleurs précordiales, parfois assez vives, mais toujours éphémères sont des réactions qui peuvent s'observer à l'injection intraveineuse de nicotamide, surtout si l'on dépasse 10 cg. On peut les atténuer en diluant convenablement le produit dans un volume double ou triple d'eau distillée (remarque qui vaut également pour les réactions locales à la colchicine).

Enfin, pour terminer, nous tenons à signaler l'intérêt que nous semble dès maintenant présenter, l'*imprégnation lactique progressivement et lentement croissante du milieu humoral* des porteurs de tumeur, chez qui l'on veut appliquer le poison caryoclasique. Les considérations qui nous ont amené à ce point de vue. reposent sur une étude du chimisme tumoral et aussi sur certaines possibilités d'action indirecte (sur la transmission chimique de l'influx nerveux, par exemple) de la radiothérapie généralisée. Elles sont trop longues et encore trop imprécises pour être développées — ou même résumées — dans ce présent travail. C'est pourquoi nous ne voulons, pour l'instant, que noter simplement ce fait, étant donné que doit être considéré comme un heureux appoint, tout ce qui peut augmenter les effets d'une action caryoclasique que l'on doit bien maintenant reconnaître comme *ayant fait ses preuves d'une très réelle — sinon toujours constante — efficacité!...*

(Le 4 avril 1946.)

ACTUALITÉS

A PROPOS DE L'ÉRYTHÈME NOUEUX

Le problème de l'érythème noueux n'est pas encore résolu. Au hasard des observations cliniques et des communications scientifiques la discussion reprend en attendant de s'assoupir à nouveau. Il y a quelques semaines une séance unique de la *Société de Dermatologie*, à Lyon, ne lui réservait pas moins de cinq communications ; dans les sociétés moins étroitement spécialisées il est assez souvent à l'ordre du jour. Mais, en dépit de conclusions fragmentaires et non dépourvues d'intérêt, aucune conviction ni aucune doctrine ne se sont encore imposées ; on en demeure aux hypothèses et aux opinions.

Depuis longtemps, du reste, l'énoncé du problème connaît des limites précises et inchangées : Erythème noueux-maladie autonome ? Erythème noueux-tuberculose ? Erythème noueux-processus réactionnel au cours d'infections ou d'affections diverses ? (le mécanisme de cette réaction étant en ce cas diversement conçu).

A la première de ces conceptions les médecins du temps présent semblent attacher un intérêt surtout historique. Depuis Willan, depuis Trousseau qui fixait son individualité nosologique et en faisait une maladie autonome jusqu'à Achard, on a maintes fois cherché à compléter la clinique par les autres éléments indispensables, étiologiques et bactériologiques puisqu'à nos yeux la clinique seule, même au point où Trousseau pouvait la conduire, ne sufit plus. Les recherches épidémiologiques n'ont rien fourni d'incontestable ; la bactériologie moins encore dans cette direction. Aussi les autres conceptions paraissent-elles, en l'état présent des choses et des esprits, moins décevantes.

L'érythème noueux-tuberculose, conception où bien des détails restent encore confus, rallie plus de suffrages. Poncet et les cliniciens lyonnais de son obédience, les écoles parisiennes de phtisiologues et pédiatres, ceux aussi qui s'attachent à élucider la pathologie de l'ultravirus tuberculeux ont réuni bien des arguments en faveur de leur thèse. Rien, d'ailleurs, de ce qu'ont établi les successeurs de Trousseau ne contredit réellement ce qu'ils ont apporté, ni dans les circonstances étiologiques générales, ni dans l'évolution du processus. La négativité de la cuti-réaction, sa présence, ses caractères particuliers, autant que le syndrome clinique ou l'aspect radiologique du thorax se concilient aisément avec l'origine bacillaire de l'érythème. On ne saurait tirer nulle conclusion opposée des rares examens anatomo-pathologiques qui ont été pratiqués ; nos moyens actuels d'exploration dans ce domaine ne permettent aucune conclusion ferme, quels que soient les résultats de l'examen histologiques d'ailleurs différents d'un auteur à l'autre. Quant à la bactériologie, ses résultats positifs, hors la très exceptionnelle constatation des

bacilles *in situ*, montrent que l'organisme est tuberculisé, mais ne prouvent pas que l'affection en cours ne reconnaisse aucune autre cause. Cultures et inoculations positives ne doivent pas être interprétés tendancieusement.

Quant aux érythèmes noueux qui apparaissent hors de l'âge habituel et chez des sujets dont la tuberculose, authentique, a déjà, depuis un temps notable, évolué, il est, selon les cas, aussi légitime de les attribuer à une décharge bacillaire, telle que celle qui a pu dans certains cas être observée, qu'à l'évolution de tout autre processus, infectieux ou non, superposé à la tuberculose en évolution et sans parenté avec elle. La connaissance encore imparfaite de la pathologie relevant de l'ultravirus tuberculeux vient encore compliquer le problème : l'observation et l'expérimentation ayant conduit certains auteurs à établir un rapport de lésion et d'évolution entre ultravirus et certains processus qui rappelleraient l'érythème noueux.

Quoi qu'il en soit, très nombreux sont les cas d'érythème noueux qu'on a pu légitimement attribuer à la tuberculose en général. Si un certain nombre d'auteurs lyonnais (Demieville, Jacqerod, Cordier, Bonnamour) n'ont pas trouvé l'érythème noueux plus fréquent chez les tuberculeux avérés que chez les autres, il faut tenir compte aussi d'opinions telles que celle de Massini qui, parmi 29 érythémateux ne trouve aucun tuberculeux ancien mais voit la moitié de ces sujets commencer une tuberculose dans un temps relativement bref. Certains auteurs scandinaves (Nilo Skiold, 1945) n'évaluent pas à moins de 60 % les cas d'origine tuberculeuse. Nombreux sont les autres cliniciens qui, les dénombrant ou non, ont observé des faits analogues. En sorte qu'en mettant en regard l'érythème noueux, les états successifs des réactions à la tuberculine et l'évolution ultérieure des destins de leurs malades, bien des cliniciens se sont accordés dans leurs conclusions provisoires : l'érythème noueux est un signe d'alarme survenant souvent chez des sujets jeunes mais surtout chez des sujets neufs. Ce n'est qu'après, mais souvent peu après, qu'on voit la cuti devenir positive et elle est souvent dans ces cas particulièrement intense. Des signes cliniques d'une bacillose caractérisée peuvent ou non apparaître par la suite. On a pu même penser quelquefois que l'érythème constituait en lui-même une réaction allergique (Wallgren) apparentée aux réactions d'examen habituelles ; certains résultats de l'expérimentation avec la toxine bacillaire plaident en ce sens. En tout cas, compte tenu du délai de virage d'une cuti après la contagion qui l'engendre et de la date de sortie de l'érythème ; c'est à la fin de la période antéallergique que se manifestent les accidents.

L'existence peu fréquente mais certaine d'érythèmes authentiques chez des tuberculeux avérés, anciens même, ne dément qu'en apparence cette conception. Outre qu'il est impossible de connaître les éphémérides précises d'une réaction allergique et de ses variations, il est permis, sans illogisme, d'admettre des fléchissements de l'état allergique en coïncidence avec la présence des autres facteurs possibles de l'érythème. Il n'est pas non plus douteux que certains sujets présentent, avec ou sans évidence, des poussées bacillémiques temporaires et que c'est en coïncidence avec elles que s'est produit l'érythème noueux, témoin d'une rupture, même passagère de l'équilibre humoral habituel.

Nous ne parlerons ici des méfaits de l'ultravirus que pour mentionner les observations de certains auteurs (Morquio, Paisseau) et l'importance qu'ils lui accordent dans la genèse de l'érythème noueux. Compte tenu des cas qu'un détail empêche d'être probants mais où le clinicien conserve une conviction légitime, on pourrait donc considérer la cause comme jugée.

Un certain nombre de cas, pourtant — Péhu et Dufourt l'évaluent même au quart des cas — échappent et doivent échapper au cadre de la tuberculose. On ne peut négliger les étiologies qui se proposent alors que la tuberculose est et demeure absente.

Des infections d'abord. Depuis Chauffard et depuis Fisch on connaît des érythèmes noueux pendant la période secondaire de la syphilis ou même tard. Claude Huriez et Mosbov mentionnent aussi de tels cas et y voient plus que des coïncidences. La syphilis est pour eux une étiologie qui mérite toujours la discussion et parfois l'agrément. Les Scandinaves l'acceptent pour leur part dans 1 à 2 % des cas. Tout récemment aussi Bondet et Monod ont rencontré un érythème noueux au cours d'une syphilis secondaire.

Carnot, Cachera et Mallarmé après d'autres auteurs ont attaché une valeur aux antécédents de maladie de Nicolas-Favre.

Maintes autres infections ont été incriminées : pneumococcie, méningococcie, mélitococcie, streptococcie (Miliau et Grupper), germe de la grippe (cas récent de Bondet et Pellerat), diphtérie, gonococcie, paludisme, trypanosomiase, infetion à tétragènes, d'autres encore sans doute à l'occasion d'affections intestinales, rénales ou pulmonaires.

Il n'est pas jusqu'à la maladie de Bouillaud. Faute de l'avoir trouvée dans les antécédents et désireux de ne pas rétablir de confusion à la faveur des arthralgies, Grenet se montrait disposé à l'exclure de ce domaine. Thiers, Racouchot et Laucon disaient récemment leur découverte d'un cas de cette nature chez une malade porteuse d'un cuti antérieurement positive.

Des intoxications aussi sans doute. Thiers, Racouchot et Laucon ont observé un érythème noueux déclenché par le traitement sulfamidé ; d'autres ont été signalés et dans la même année 1945 Benhamon et Destaing rapportent un cas analogue. Les sulfamides qui dans le cas de Boudet et Pellerat en ayant raison de l'infection avaient rétabli l'ordre, peuvent donc comme agent tonique le provoquer pour leur compte.

Mentionnons enfin dans le cas de Thiers, Racouchot et Laucon l'action également provocatrice d'une médication de choc.

Sans pouvoir entrer dans une discussion sans doute prématurée du mécanisme, allergique, biotropique ou autre de l'érythème noueux, le rapprochement des cas nouveaux avec les anciens plaide donc en faveur d'un *érythème noueux-syndrome*. C'est une infection qui le fait apparaître et la tuberculose est de beaucoup la plus importante ; d'autres germes bien que plus rarement peuvent être en cause. On peut même, à la faveur du biotropisme ou du microbe de sortie, ne pas abandonner l'hypothèse d'un germe spécifique. Les constatations en matière de tuberculose plaident cependant en faveur du rôle au moins intermédiaire d'une toxine, quelle qu'en soit la nature, plutôt qu'en faveur de l'action directe d'un germe infectant.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 27 mai 1946

Un hommage à l'Académie des Sciences de Stockholm. — M. Emile Borel. — On n'a pas oublié qu'en octobre 1941, quatre membres de notre Académie des Sciences : MM. Cotton, Lapicque, Mauguin et Emile Borel ont été arrêtés par les Allemands et incarcérés à Fresnes pendant cinq semaines.

Lorsque cette nouvelle fut transmise en Suède par la B. B. C. la Société des Sciences d'Upsal et l'Académie des Sciences de Stockholm eurent le geste courageux d'élire M. Borel en qualité de membre étranger.

C'était de la part de neutres une grande marque de sympathie pour la France et un témoignage de foi dans le succès final de la France et de ses alliés. Ce fut un grand réconfort pour la Résistance. Le 22 mai dernier M. Borel a pris séance à Stockholm et a exprimé à l'Académie des sciences l'expression de sa gratitude pour un geste qui a contribué à resserrer les liens traditionnels entre la science suédoise et la science française.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 28 mai 1946

Déclaration de vacance. — D'une place de membre titulaire dans la Section de Médecine, en remplacement de M. H. Roger, décédé.

M. le Président donne à l'Académie lecture d'une lettre de M. Brumpt qui, en raison de sont état de santé, se démet de la vice-présidence pour 1946 et de la présidence pour 1947.

Nécrologie. — M. Laignel-Lavastine donne lecture d'une notice nécrologique sur M. Georges Dumas.

Sur l'étude anatomique des dilatations bronchiques. — MM. Ameuille et Renault. — L'étude de trente-cinq pièces fraîches de pneumectomie ou de lobectomie ont montré qu'il fallait se méfier des lésions visibles à l'œil nu et ne pas vouloir à tout prix trouver des lésions caractéristiques de la cause supposée.

Il existe toujours des aspects très voisins d'un schéma commun : conservation de l'épithélium et parfois hyperplasie ; grosse altérations à la fois exsudatives et dégénératives des autres couches de la paroi bronchique.

Les lésions exsudatives, diffuses ou non, atteignent l'ensemble des tuniques non épithéliales et même le poumon ; elles sont inconstantes, contingentes.

Les lésions dégénératives atteignent surtout le tissu musculo-élastique qui se voit remplacé par une prolifération de nature conjonctive. C'est l'élément primordial et caractéristique.

Les lésions pulmonaires de voisinage semblent l'effet de per-

turbations neurovégétatives à point de départ hilaire intriqués avec des troubles de l'excrétion bronchique.

Les échecs du traitement antirabique ne sont pas imputables à la méthode pastorienne. — M. Remlinger. — L'étude de statistiques d'origine diverse portant sur de très nombreux cas (plus d'un million) et de nombreuses années (1928 à 1937), a montré une proportion d'échecs très variable. Cette étude a été complétée par l'étude clinique de chacun de ces cas malheureux. En dehors des cas réellement graves pour lesquels l'échec est aisément explicable ou ceux où interviennent des virus particulièrement actifs du fait de leur origine, de l'espèce animale mordeuse, du siège de la morsure, il apparaît qu'une proportion relativement importante d'échecs est constatée dans le cas où la morsure, si même elle existe, ne devrait donner lieu qu'à des accidents bénins ou nuls. Il faut en conclure que bien souvent, dans ces cas, le traitement a été trop bénin, trop tardif ou trop court, ce que montre en effet l'histoire clinique. Un interrogatoire et un examen soigneux sont indispensables même dans les cas apparemment les plus bénins. C'est la trop grande bénignité de la cure qu'il faut accuser et non la méthode pastorienne.

La neurochirurgie à Lyon, — ses résultats. — M. Wertheimer (Présentation faite par M. Guillain). — Une organisation neuro-chirurgicale s'est édifiée, grâce à la bonne volonté et au savoir-faire de deux cliniques topographiquement voisines et a permis, en dix ans, de voir 2.437 malades dont 1224 ont été opérés (1004 pour tumeur, 768 pour traumatismes craniens, 200 névralgies des nerfs craniens, 128 affections de la moelle). Cette statistique, issue de la pratique provinciale démontre, conformément aux vues du professeur Guillain, la nécessité de services de neuro-chirurgie bien spécialisés et organisés selon les nécessités locales d'une région.

Mesure de l'activité antibactérienne du thiosulfate d'or vis-à-vis des anéorobies par la méthode au vert-janus. — MM. Benard, Prevost et Diceon. — (Présentation faite par M. Tréfouël.)

Séance du 4 juin 1946

Nécrologie. — M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Fredet.

Notice nécrologique sur M. Abadie (de Bordeaux), par M. Lhermitte.

Action de l'anhydride carbonique sur les convulsions expérimentales. — M. Ozario de Almeida (de Rio-de-Janeiro). — Des recherches expérimentales prolongées ont montré que l'élévation de la teneur du sang en CO^2. alors même qu'il n'y a pas modification du pH sanguin décelable, exerçait sur le développement de la crise épileptique artificielle une action frénatrice. Des crises provoquées chez l'animal (grenouille, chien) par l'action locale de la strychnine sur certains centres corticaux se trouvent diminuées ou même supprimées par l'influence de CO^2, en particulier au « stade de décharges » de l'accès épileptique. Il est à remarquer que dans certains cas cette action inhibitrice persiste chez les animaux d'expérience au delà de la mise en action directe du CO^2.

M. le professeur Miguel Ozario de Almeida qui occupe la chaire de physiologie, à Rio-de-Janeiro, a fait son exposé dans un français que beaucoup de nos compatriotes peuvent lui envier et avec une clarté que ne venait seconder l'emploi d'aucune note manuscrite.

Quand se furent apaisés les applaudissements nourris de l'Académie, M. le Président Rouvillois remercia, en quelques mots, le professeur Ozario de Almeida de sa belle communication ainsi que de l'amitié fidèle qu'il a toujours montrée pour la France, Il exrima le souhait de le voir désormais, le plus souvent possible, visiter l'Académie dont il est membre associé étranger.

M. Ozario de Almeida, actuellement invité par le Gouvernement Français, vient d'être promu Commandeur de la Légion d'honneur, sous le parrainage du recteur Roussy.

Intégration de l'Œuvre Grancher dans l'organisation nationale de la lutte contre la tuberculose. — M. Armand-Delille. — Quarante ans de fonctionnement ont prouvé l'efficacité de la méthode préconisée par Grancher et mise en œuvre par l'organisation qui porte son nom. Cette efficacité a suscité des imitateurs à l'Œuvre Grancher. Les conditions financières qui pouvaient rendre actuellement son fonctionnement malaisé ont été améliorées par des lois récentes et de nombreuses filiales se sont créées dans les départements. Il faut, par l'action du service social parfaire à cet égard l'éducation du public et combiner, ainsi qu'il est nécessaire dans certains cas, l'action propre de l'Œuvre Grancher et celle de la vaccination par le B. C. G.

Conductivité des eaux minérales. Application au contrôle et à la classification des eaux minérales. — MM. Blanquet et Dauphin (présentation par M. Fabre).

Enquête et contribution expérimentale sur la valeur du lait irradié. — M. Lassablière. — Comparaison a été faite à cet égard des expériences que sont la consommation de ce lait aux U. S. A. depuis 1937, celle qui s'est faite à Francfort-sur-le-Mein de 1939 à 1942, des essais en France, à Grenoble et à Saint-Etienne, puis de la distribution sur une grande échelle en France, en 1945, enfin d'expériences sur de grands animaux (porcs, veaux).

Même consommé durant toute la période de croissance, le lait irradié n'est pas toxique, sa digestibilité est peut-être supérieure à celle du lait ordinaire. Irradié à l'abri de l'air, il conserve la totalité des vitamines A, B_1, B_2, C et assure une croissance normale. Il est bien supporté par les débiles et les prématurés. Les qualités antirachitiques sont incontestables. La vitamine D n'est pas détruite par l'ébullition.

Les conditions de préparation et de manutention obligent les milieux ruraux producteurs et fabricants à faire leur éducation quant à la propreté et au soin. Son entrée dans le commerce non pharmaceutique favoriserait sa diffusion et l'abaissement d'un prix encore élevé. Sur l'initiative de M. Lesné, cette étude est transmise à la Commission du lait.

M. Pasteur-Vallery-Radot est délégué par l'Académie au Comité scientifique de l'Institut national d'Hygiène.

Rapport sur les demandes en autorisation de sérums et vaccins. — M. Brocq-Rousseu.

Rapport sur les réactions tuberculiniques et la vaccination par le B. C. G. dans l'armée. — M. Courcoux. — *Discussion :* M. Rist.

Vœu. — A la suite de ce rapport l'Académie émet le double vœu que l'intradermo au 1/1000e entre en pratique dans l'armée et que de façon facultative, en se limitant actuellement aux élèves des écoles et au corps sanitaire masculin et féminin, la vaccination par le B. C. G. en scarification cutanées entre dans la pratique.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 22 mai 1946

Fistules biliaires de la voie biliaire principale après cholécystectomie. Traitement. Résultats. —M. De Vernejoul. — M. Sénèque lit ce travail basé sur deux observations ; dans les deux cas, il fut fait des plasties sur drains en caoutchouc avec plein succès. M. Sénèque rappelle les causes habituelles des fistules biliaires post opératoires ; il discute les différentes tactiques opératoires qui ont été préconisées parmi lesquelles la prothèse interne semble comporter des résultats éloignés peu favorables ; l'angiocholite ascendante est toujours à craindre.

A propos d'un millier d'injections intra-artérielles dans la lymphangite éléphantiasique et l'ulcère phagédénique. — M. Tourenc. — M. Leriche rapporte ce travail dans laquelle l'auteur a utilisé des injections intra-artérielles de mercuro-chrome ; une seule injection permet d'enrayer complètement une poussée de lymphangite ; sur les ulcères phagédéniques les résultats sont bons mais plus inconstants.

Des avantages du pneumo-rein dans la localisation de certaines concrétions calculeuses. — MM. P. Brocq et Cotillon montrent les renseignements précis que peut fournir la méthode du pneumo-rein pour localiser les calculs se projetant dans l'aire de la région rénale. Dans un cas cette méthode a permis d'identifier une tumeur de la surrénale.

M. Chevassu préfère injecter l'air dans les bassinets par U. P. R.

M. Fey estime qu'il faut faire le pneumo-rein quand il est indispensable de préciser les contours du rein (néoplasme du rein ou de la surrénale.

M. Braine insiste sur les dangers du pneumo-rein (en particulier injection d'air dans le médiastin).

Traitement de l'arthrite chronique de la hanche par enclouage. — M. Loutscn. — M. Moulonguet rapporte ce travail basé sur deux observations.

M. Merle d'Aubigné met en doute la qualité des résultats étant donnée la technique employée.

Séance du 29 mai 1946

A propos du pneumo-rein. — M. Chevassu pense qu'on peut utiliser sans danger l'injection d'air dans la loge périrénale, à condition de passer en dehors du carré des lombes et d'aborder le rein par son bord externe. Il montre une série de très belles radios obtenues par injection d'air sans les voies excrétrices et permettant de localiser les calculs beaucoup mieux que l'urétéro-pyélographie rétrograde avec liquide opaque.

M. Brocq montre que la nature douteuse de calculs de l'hypocondre droit ne peut pas être tranchée avec certitude par les radiographies de profil.

L'étape pyélo-rénale dans la détermination des phlegmons de la gaine du psoas iliaque. — MM. Léger et Neyraud se basent sur trois guérisons pour affirmer l'origine habituelle pyélo-rénale (et non pas septicémique) des phlegmons de la gaine du psoas iliaque. La localisation pyélo-rénale marquerait l'étape intermédiaire entre l'infection générale et la localisation du psoas iliaque. M. Sicard, rapporteur, demande, en soulignant l'intérêt de ce travail, en complément d'information et d'observations.

M. Chevassu marque les difficultés de diagnostic des suppurations parenchymateuses du rein, qui ne se traduisent par aucun signe urinaire.

M. Couvelaire s'étonne qu'on appelle étape pyélo-rénale le simple fait qu'une pyonéphrose adhérente s'accompagne de psoïtis, ce qui est très banal, sans preuves de la septicémie, ni de l'abcès cortical.

Hémopéritoine par rupture spontanée de la rate. — M. Boutron. — M. A. Sicard, rapporteur. Il s'agissait d'un accident hémogénique que certains symptômes donnaient pour génital. Splénectomie, guérison.

Suites et résultats de la cure radicale des grands prolapsus du rectum par la rectopexie sacrée. — M. Robert Didier. — M. Sauvé, rapporteur. Sur 7 cas de guérison a été obtenue par l'opération de Lockart-Mummery : inclusion de mèches entre rectum et sacrum pour obtenir une suppuration et la sclérose consécutive. La méthode est sûre, mais présente l'inconvénient d'entraîner des pansements pendant deux à trois mois.

M. Sylvain Bondin ne pense pas que les délais de suppuration soient aussi longs.

Lipomes profonds des membres dits lipomes périostés. — M. Moulonguet montre par quelques radiographies que la translucidité élective de ces tumeurs au rayons X, en rend le diagnostic possible avec une très grande probabilité avant toute intervention.

Discussion en cours sur les ulcères peptiques. — M. Hepp fait état de deux observations. Dans le premier cas, il s'agit d'une gastrectomie laissant en place l'antre pylorique, avec ulcère peptique. Dans le second, malgré le niveau normal de la section duodénale une simple résection du duodénum poussée vers la droite apporta une large amélioration. Une résection emportant l'ulcère fut ultérieurement nécessaire. Il n'en reste pas moins que la persistance d'une anse duodénale trop longue paraît une cause importante d'ulcus peptique.

Ulcère peptique après gastrectomie. — MM. Marc Breton et Cornette.

Ulcère peptique récidivant après gastrectomie. — M. Lortat-Jacob. — M. Sylvain Blondin, rapporteur.

Présentation d'un fusillé. — M. Huet. — Malgré des blessures multiples, un choc intense et prolongé, survie.

Election d'un membre associé parisien. — M. Boudreaux, élu.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1946

Nouvelles recherches sur l'impédance cutanée dans les dermatoses. — M. L. Gougerot. — Dans cette étude qui confirme ses recherches antérieures sur l'eczéma, l'auteur démontre que chez les lupiques guéris, la peau saine a une impédance plus élevée que sur les sujets normaux et que dans le psoriasis le terrain se manifeste par une impédance plus élevée de la peau saine.

Sur les pancréatites chroniques avec ictère à néoplasme pancréatique simulant une pancréatite avec ictère. Anastomose bilio-digestive et survie prolongée. — MM. Langeron, Nolf et Michaux (Lille). — Fait d'ictère chronique par rétention dans lequel l'anastomose bilio-digestive semblait avoir guéri le malade, quand dix-huit mois plus tard apparut un tableau de sténose digestive qui entraîna la mort par cancer de la tête du pancréas et ou le cas d'un fait de pancréatite chronique comparable et ayant évolué de semblable façon et montrent la difficulté du diagnostic.

Purpura fulminans méningococcique associé à une méningite cérébro-spinale à méningocoques. Sulfamidothérapie intensive et sérothérapie. Guérison. — MM. Poinso, Guérin et Martin (Marseille).

A propos d'une thérapeutique sensationnelle. — M. Roger Even. — D'après l'auteur, on connaît l'action dans la tuberculose d'une nouvelle mixture à base de sels métalliques, mais il estime qu'il est regrettable que des essais plus larges soient faits dans un grand établissement de l'assistance publique, ce qui, *à son dire, donne à cette médication les apparences d'une estampille officielle.*

L'encéphalographie gazeuse dans le traitement des séquelles de méningite. — M. Feld. — Il s'agit de deux observations concernant : la première une méningite à pneumocoques, la deuxième une méningite à méningocoques, toutes deux guéries. Pour l'auteur, il conviendrait d'employer une encéphalographie gazeuse précoce dès l'extinction du processus infectieux, pour montrer : 1° la perméabilité du circuit ventriculaire sous-arachnoïdien ; 2° pour toute la dissociation des coalescences méningo-cisternales en formation.

Abcès pulmonaire du lobe inférieur droit masquant un cancer bronchique. — MM. Germain et Barrat (Toulon). — Observation d'un anciens colonial de 58 ans, à passé dysentérique, qui présenta un abcès de la base droite du poumon. On fit une endoscopie bronchique et une biopsie qui montra un cancer, on pratiqua seulement des instillations endobronchiques de pénicilline.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 3 mai 1946

A propos du traitement des propalsus pelviens. — M. Diamant-Berger, pour fixer le dôme vaginal, utilise une bandelette aponévrotique prélevée sur la gaine d'un des grands droits. L'extrémité inférieure reste fixée à son insertion pubienne ; l'autre extrémité est solidement cousue à la face profonde du dôme vaginal.

A propos d'une fracture ouverte des deux os de l'avant-bras traitée par la méthode de Kirschner. — M. André Cottard, rapport de M. Dupuy de Frenelle. — Il s'agissait d'une fracture ouverte des deux os de l'avant-bras, siégeant au centre de lésions cuténéo-musculaires importantes qui eussent rendu tout appareil de contention ou tout autre procédé d'ostéosynthèse impossible. L'enclouage a permis d'obtenir un très bon résultat.

Fracture du col de l'omoplate abordée par la voie postérieure. Bon résultat fonctionnel. — M. André Cottard, rapport de M. Dupuy de Frenelle.

Infiltration du bulbe carotidien dans le choc traumatique. — M. Etienne Bernard, après une cholecystectomie sous séreuse pour cholécystite calculeuse, a observé, dans les toutes premières heures, un état de shock intense résistant à tous les traitements classiques, y compris l'extrait cortico-surrénal à haute dose.

Une infiltration de novocaïne péricarotidienne transforme la situation en quelques minutes.

Trois hypothèses pourraient expliquer cette action :

1° Anémie de centres nerveux par suite du « stockage sanguin » dans péritoine. Le blocage anesthésique rétablirait une circulation encéphalique normale ;

2° Section physiologique du nerf de Héring, centre cardio-modérateur et hypotenseur ;

3° Action réflexe à distance avec excitation de la cortico-surrénale et décharge massive d'hormone.

Faisant la critique de ces hypothèses, Etienne Bernard montre qu'aucune d'elles n'est entièrement satisfaisante. En particulier, les belles expériences de physiologie pure n'ont bien souvent que peu de valeur en clinique.

Phlegmon utérin diffus du post-partum. — M. Courtois, Mlle Lelièvre, M. Brière.

ANALYSES

Rhumatisme chronique psoriasique. — Fr. Françon (Aix-les-Bains). *J. de Méd. et de Chir. pratiques*, tome CXVI, octobre 1945, p. 162-176.

Tout le numéro est consacré à cette importante revue générale. L'auteur, après l'historique, expose les données étiologiques. En particulier les caractères très variables des conditions d'association du psoriasis avec le rhumatisme.

Celui-ci affecte dans sa forme habituelle celle du rhumatisme progressif infectieux. Il procède par poussées qui atteignent un nombre de plus en plus grand d'articulations, et pour chacune d'elles passe par les trois stades d'arthrosynovite, de lésions ostéo-chondro-articulaires et enfin de déformations, déviations et subluxations. En quelques années le malade est devenu l'infirme grabataire de tous les rhumatismes chroniques progressifs. Mais, à la dernière période, les douleurs cessent, et les malades peuvent conserver une longévité surprenante.

A côté de cette forme extensive on voit d'autres formes :

1° Des oligoarthrites ou monoarthrites infectieuses subaigües ou chroniques. Les oligoarthrites frappent surtout les articulations des doigts, les monoarthrites le genou, l'épaule, la tibio-tarsienne, etc. Ces arthrites peuvent parfois se résoudre, mais le plus souvent aboutissent à l'ankylose fibreuse ;

2° Des hydarthroses très fréquentes dans le psoriasis, isolées ou multiples ;

3° Un rhumatisme chronique fibreux avec périarthrite fibreuse et myotendinite scléreuse ;

4° Des arthralgies.

Plus exceptionnelles les névralgies, myalgies, ou la polyarthrite aiguë fébrile individualisée par Weissenbach, la spondylite ankylosante, le rhumatisme chronique xanthomateux (Weissenbach).

Le syndrome humoral est celui du rhumatisme chronique progressif infectieux, on trouve souvent de l'éosinophilie.

Les liquides d'hydarthrose montrent des caractères inflammatoires. On a pu, comme dans l'hémoculture, y déceler exceptionnellement le bacille de Koch.

La cuti et l'intra-dermo-réaction à la tuberculine sont souvent positive et même très intensive. L'injection sous-cutanée de tuberculine peut provoquer une forte réaction locale, articulaire et générale.

« Les signes de laboratoire observés sont ceux qui caractérisent les formes infectieuses du rhumatisme chronique progressif tuberculeux ».

L'aspect radiologique par les trois stades du R. C. P. I. : au début, structure ostéo-articulaire normale avec décalcification diffuse ; plus tard disparition du cartilage, érosion des épiphyses, lacunes claires, décalcification intense ; enfin dislocation articulaire avec fonte et déformations osseuses, ankylose fibreuse ou osseuse.

La pathogénie soulève le problème des rapports qui unissent les localisations cutanées et articulaires. Il reste indécis. Certains auteurs s'orientent « vers la conception d'une allergie qui intéresserait la peau et les tissus articulaires et les sensibiliserait vis-à-vis du bacille de Koch, mais aussi vis-à-vis d'autres réactogènes ».

« Les rhumatismes psoriasiques se montrent souvent rebelles aux thérapeutiques». L'auteur cite cependant de nombreuses médications recommandées par divers auteurs. Il est à remarquer que l'intolérance aux sels d'or est particulièrement fréquente chez ces malades, ce qui contraint à abandonner leur emploi.

M. L.

La Perfusion sanguine. — Pr Michel Salmon. *Marseille médical*, 83e année, n° 4. 15 avril 1946, p. 149-196.

Le numéro entier, constitue un opuscule de 50 pages consacré à la Perfusion sanguine.

Laissant de côté la perfusion sous-cutanée et péritonéale, l'auteur n'étudie que la perfusion intraveineuse : instillation goutte à goutte continue jour et nuit de quantité déterminée de liquide. L'auteur se plaint que cette méthode qui sauve tant de vies humaines, et d'un emploi courant en Amérique soit encore ignorée de beaucoup de praticiens en France. Il prône sa diffusion par la création de centres de perfusion dans les villes et même les chefs-lieux de canton.

Suit un exposé extrêmement complet et minutieux de la perfusion. Le Pr Salmon nous montre qu'elle doit être continue et convenablement dosée quantitativement et qualitativement (sérum salé, plasma sanguin, subtosan).

La technique est décrite dans ses moindres détails : notions d'anatomie, matériel à employer, immobilisation de l'enfant, préparation du matériel, découverte de la veine, pose et fixation de la canule, puis la surveillance de l'écoulement, son réglage, la quantité et la durée de la perfusion.

L'auteur discute ensuite les indications des différents liquides à employer : sérum salé, sérum glucosé, sérums artificiels améliorés, plasma sanguin, mélange de sang et de sérum, enfin les perfusions médicamenteuses : adrénaline, sulfamides et pénicilline. Sont passés ensuite en revue les petits détails de la perfusion, les incidents, les accidents locaux et généraux qui peuvent survenir.

Il ressort de cet exposé que la technique de la perfusion exige un personnel entraîné, spécialisé pour son exécution et la surveillance. Elle peut être faite difficilement chez le malade. Celui-ci doit être transporté dans le centre outillé pour l'exécuter.

La perfusion a des indications multiples. D'ordre médical d'abord : chez le nourrisson, toute déshydratation d'origine intestinale, par toxicose (otites-mastoïdites), au cours d'un syndrome malin, impose la perfusion.

Chez l'enfant la déshydratation (fièvre typhoïde, vomissements incoercibles, etc.), peut l'indiquer, mais c'est la perfusion à la pénicilline sulfamidée qu'indiquent les septicémies, endocardites, ostéomyélites graves. La perfusion de sérums spécifiques trouve ses indications, de même que la perfusion glucosée.

Chez l'adulte, elle trouve ses indications chez les cholériques et les typhiques.

Les indications d'ordre chirurgical ne sont pas moins importantes.

La perfusion constitue la base du traitement du choc traumatique dans les centres de réanimation (plasma, sang, sérum, adrénaline).

Mais il n'y a pas que la chirurgie de guerre qui en tire ses indications, en pratique civile dans les broiements des membres, les fractures ouvertes, les hémorragies internes, elle rend de grands services.

Elle ne joue pas un rôle moins important dans la prévention et le traitement du choc opératoire.

Lors des grandes opérations pouvant entraîner un choc opératoire important : résections de grosses tumeurs, résections intestinales, splénectomies, arthroplastie de la hanche, coure sanglante de la luxation congénitale, grandes résections osseuses, neuro-chirurgie, interventions intrathoraciques, etc., la perfusion est indiquée avant, pendant et après l'opération. La perfusion antichoc doit être une perfusion chaude à 37, 38 et même 40°.

Enfin la perfusion est indispensable dans le traitement des grands brûlés, dont elle augmente considérablement les chances de survie.

L'auteur éumère ensuite les contre-indications de la transfusion, et les médications complémentaires chez le nourrisson.

Les résultats dans les gastro-entérites et toxicoses du nourrisson sont merveilleux, surtout si on n'attend pas trop tard. La statistique du Mount Sinaï Hospital de New-York suffit à prouver combien elle peut sauver d'enfants.

Alors que de 1922 à 1924 les nourrissons deshydratés étaient traités par le sérum sous-cutané ou intrapéritonéal, la mortalité était de 90 %, depuis l'emploi de la perfusion la mortalité pour 1933 et 1934 est tombée à 14 %.

Il en est de même en chirurgie générale et des exemples que cite M. Salmon viennent l'affirmer.

Souhaitons que cet opuscule qui fournit les données les plus complètes et les plus claires sur ce mode de traitement soit entre les mains des médecins, trop nombreux, qui ignorent encore son emploi.

M. L.

Les pneumopathies fantômes des opérés. — M. Jean Fiolle (de Marseille) *Le Progrès Médical*, n° 7, 10 avril 1946.

Personne ne conteste aux opérés la possibilité d'une complication pulmonaire véritable. Notre distingué confrère, le professeur Jean Fiolle, est très net sur ce point. Mais avant de faire un diagnostic ferme de lésion thoracique, il pose une règle absolue : *voir la plaie*.

« Expliquons-nous, écrit-il : Voici un opéré (mettons de hernie) qui a eu des suites d'abord favorables. Vers le quatrième, le huitième, le dixième jour, la température s'élève, un certain degré de dyspnée survient, et l'examen direct du thorax montre qu'il existe, à l'une des bases, de la matité, des râles, ou bien un souffle tubaire, etc. Le médecin appelé en consultation diagnostique une congestion pulmonaire ou une pneumonie, ou une broncho-pneumonie, peu importe... Eh bien, il arrive que la « lésion » ne paraisse après coup pas réelle, car il suffit parfois, pour faire cesser les accidents de façon presque instantanée, d'agir sur la plaie opératoire, siège d'un hématome ou d'une collection séro-purulente.

Le pansement enlevé, on découvre sous la ligne de sutures une légère tuméfaction, généralement indolore. Un coup de sonde cannelée évacue une certaine quantité de liquide, sang ou pus... Naturellement, il ne faut pas s'étonner qu'après ce geste la température tombe plus ou moins vite. Mais ce qui est plus

extraordinaire, c'est que *les symptômes thoraciques, quelques heures après, ont disparu*... »

M. Fiolle rapporte à ce propos une curieuse observation de son interne le Dr Comité dans lequel on voit après l'évacuation d'une collection les signes de pneumopathie s'effacer *avant même* la chute de la température. On a l'impression, dit-il « que l'*accident pulmonaire est non pas seulement un effet secondaire, mais un effet subordonné et qu'il ne dure que dans la mesure où persiste une cause productrice*... »

M. Fiolle estime qu'on peut évidemment songer à une action toxique ou à un processus microbien, mais plus sûrement au mécanisme envisagé par M. Leriche à propos du choc opératoire. Il s'agirait d'après lui d' « irrigation des terminaisons nerveuses ».

L'auteur écrivit alors à M. Leriche pour lui demander son avis et il reçut la réponse suivante :

« Ce que vous me dites des histoires pulmonaires tardives m'intéresse beaucoup. A vrai dire, j'aurais dû y songer et en parler, car j'ai été dressé par Poncet à voir ce dont vous parlez. Quand on lui disait qu'un opéré avait de la fièvre parce qu'il avait un peu de bronchite, il répondait toujours : « Faites sauter un fil, la bronchite s'en ira... » C'est exactement ce que vous dites à vos élèves et ce que je dirais aux miens. Donc le fait est certain... Vous avez raison, je crois. »

Cette réponse d'un Maître dont on connaît l'immense expérience et la grande sûreté de jugement montre la valeur que l'on doit attacher au travail et aux conclusions de M. Jean Fiolle.

P. L.

Du choix de l'intervention chirurgicale en ce qui concerne les sciatiques rhumatismales rebelles. — J.-A. Chavany et R.-P. Trotot. *Revue du Rhumatisme*, 13e année, n° 2. Février 1946, p. 29-33. 1 fig.

La sciatique est en train de devenir une « maladie chirurgicale ». Mais encore faut-il s'entendre sur les interventions dont elle est justiciable et sérier les cas.

Les auteurs se demandent d'abord ce qu'on entend par sciatiques rhumatismales. « Ce sont celles qui, à début lent ou brusque, se produisent sans qu'aucune cause mécanique puisse être invoquée pour les expliquer » (de Sèze) et survenant sur le terrain spécial personnel ou familial dit terrain rhumatismal. Qu'entend-on par sciatique rebelle ? Celles qui persistent après épuisement des ressources thérapeutiques habituelles, celles aussi qui sont récidivantes. Ce délai sera certainement raccourci si on tient compte de l'argument social. Il y a intérêt à rendre le travailleur le plus tôt possible à son travail.

Les auteurs discutent les avantages ou inconvénients de la laminectomie simple préconisée par David et Corrot (*Soc. Neurol.* 1942, p. 281-282), ou de la radicotomie postérieure plus radicale.

A côté de ces interventions importantes puisqu'on ouvre le canal rachidien, les auteurs appellent l'attention sur une intervention moins complexe qui trouve souvent ses indications chez les sujets rhumatisants et dont le Pr Clovis Vincent a réglé la technique.

Dans certains cas l'explication de la douleur est fournie par l'examen radiologique qui montre des calcifications des ligaments iléo-lombaires unissant les apophyses transverses de L^4 et L^5 et L^5 à la crête iliaque. L'amputation du sommet des apophyses transverses en détendant ces ligaments amène la guérison des douleurs.

F. Thiébault, R. Trotot et E. Wolinetz ont publié un cas de guérison, et les auteurs en apportent un autre particulièrement démonstratif.

M. L.

Le traitement du pied bot varus équin par l'infiltration novocaïnique des muscles du mollet. — P. Lombard. *L'Afrique française chirurgicale*, 1946, n° 2, mars-avril, p. 110-114.

Dans plusieurs publications (*Revue d'Orth.*, mai-août 1945, p. 89-105. Acad. de chir. de Paris, 23 janvier 1946), l'auteur défend cette opinion que le pied bot congénital est la manifestation d'un déséquilibre dans le tonus de posture des muscles de la jambe et du pied.

Il en apporte la preuve : « l'infiltration novocaïnique, diffuse, du tendon d'Achille, des jumeaux, du soléaire et leurs aponévroses fait disparaître l'équinisme et assouplit le pied bot, déjà fixé, de l'enfant de 6 à 8 mois. La transformation est immédiate, complète. »

« L'enfant maintenu à plat ventre, le pied saisi et la jambe immobilisée, on pique, après sérieuse toilette du tégument, la masse des jumeaux au tiers supérieur derrière le péroné, retirant la fine aiguille on infiltre les plans profonds, puis superficiels, seconde infiltration à la partie moyenne. Quelques gouttes enfin suffisent à baigner les contours du tendon d'Achille et pénètrent dans son épaisseur ».

A bout de quelques minutes, le pied devenu souple, malléable, est redressé sans effort et fixé en hypercorrection par des bandes de leucoplaste. L'appareillage est maintenu deux ou trois semaines. Après son enlèvement on n'observerait aucune tendance à la récidive.

M. L.

Les ostéodystrophies rénales de l'adulte. — MM. P.-P. Ravaut, J. Bourret et F. Jarricot. *Journal de Médecine de Lyon*, 27e an., n° 629, 20 mars 1946, pp 207-216.

Les altérations osseuses au cours des néphrites sont bien connues chez l'enfant et constituent le nanisme rénal ou le rachitisme rénal (voir Mlle Jammet, Thèse Paris 1936).

Dans les néphrites de l'adulte les manifestations osseuses sont très rares. Cependant Mach et Rutishauer en ont rapporté 9 observations (*Soc. Méd. des Hôp.*, 18 mars 1938 et *Helvetica Medica Acta*, 1935, vol. 4, f. 4).

Les auteurs en apportent un cas nouveau.

On a pu les observer dans des néphrites aiguës et même suraiguës (intoxication par le sublimé), mais c'est surtout dans les néphrites chroniques avec azotémie longtemps prolongée et acidose persistante qu'on peut les rencontrer. Elles se traduisent par un syndrome de décalcification douloureuse plus ou moins étendue, se rattachant soit à l'ostéomalacie avec ostéoporose diffuse, soit à l'aspect d'ostéite fibrokystique type Recklinghausen.

Généralement les phénomènes douloureux cèdent au traitement récalcifiant :

Le mécanisme de ces altérations osseuses reste obscur : il est cependant vraisemblable que le facteur essentiel de la décalcification réside dans l'acidose d'origine néphritique, mais le problème pathogénique se trouve compliqué par le fait que parfois on a noté une hyperplasie parathyroïdienne (P. Carnot et Laffitte, *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 11 mars 1938) ou la présence de dépôts calcaires ou de lithiase dans le rein. Dans ces cas, on ne peut alors affirmer le point de départ rénal de l'ostéodystrophie.

M.-L.

JOURNÉES MÉDICALES ANNUELLES DE L'HOPITAL BROUSSAIS

(17-19 mai 1946)

« Les Journées médicales annuelles » organisées à l'hôpital Broussais par M. le Professeur Pasteur-Vallery-Radot avec la collaboration du Dr Jean Hamburger, ont connu un grand succès. Beaucoup de médecins n'avaient pu trouver place dans l'amphithéâtre de la Clinique de Broussais et c'est devant des salles combles, que les divers conférenciers exposèrent, durant ces trois jours, les principales acquisitions médicales récentes. De l'étranger, de Suisse, de Belgique, de Hollande, d'Angleterre, de Tchécoslovaquie, de nombreux médecins étaient venus se joindre aux auditeurs, et ce n'était pas un des moindres événements que de voir, pour la première fois depuis la guerre, la médecine française reprendre son rôle traditionnel d'enseignement et de diffusion internationale.

La qualité des conférences fut remarquable.

Le vendredi matin, 17 mai, la séance présidée par M. Lévêque, directeur général de l'Assistance Publique, s'ouvrit par un exposé plein d'esprit et nuancé d'émotion de Louis Aragon qui n'est pas seulement un grand poète, mais aussi, le sait-on ? — ancien médecin. Puis Varangot fit la critique des procédés actuels d'exploration en endocrinologie féminine, montra l'intérêt de la biopsie de l'endomètre et des frottis vaginaux mais jugea sévèrement certains procédés de dosage d'hormones. Enfin, de Gennes, examinant les derniers progrès en thérapeutique endocrinienne, souligne les avantages des récents œstrogènes de synthèse et surtout des implants hormonaux sous-cutanés.

Le vendredi après-midi la séance était présidée par M. Georges Duhamel, de l'Académie Française et de l'Académie de Médecine. Une exposé d'Etienne May consacré aux données récentes sur l'hyperthyroïdie relata les heureux effets des nouveaux produits antithyroïdiens et montra de belles projections de frottis obtenus par un nouveau procédé de ponction de la glande. Justin-Besançon fit la revue des innombrables progrès dans le domaine des vitamines. René Gutmann projeta toute une série de radiographies qui permettent d'affirmer que, convenablement perfectionné, l'examen radiologique, permet de faire le diagnostic de cancer d'estomac à un stade assez précoce pour améliorer le résultat lointain des gastrectomies.

Le samedi matin, la séance, présidée par M. Marx, ministre plénipotentiaire, représentant le Service des Relations culturelles au ministère des Affaires étrangères, était consacré au rein. Jean Hamburger exposa les progrès considérables qu'a fait récemment la physiologie rénale et les espoirs qu'en peut tirer la pathologie.

Milliez montra que certaines hypertensions au cours de néphrites aiguës ou de l'éclampsie puerpérale peuvent être dues à la rétention d'eau. Fauvert fit le point sur les tentatives de conciliation entre les classifications physiologiques et les néphrites. Cibert exposa dans quels cas une néphrectomie peut améliorer une hypertension artérielle liée à une lésion urinaire unilatérale et il insista sur les néphrites unilatérales qui peuvent être guéries par intervention.

Le samedi après-midi, la séance eut lieu sous la présidence du professeur Paul Rivet, directeur du Musée de l'Homme, représentant le Conseil municipal de Paris. Cachera montra les progrès intéressants les procédés d'exploration fonctionnelle du foie et signala que des œdèmes généralisés peuvent être dus à des hépatites bénignes ou malignes en dehors de toute cirrhose. Jean Hamburger parla des nouveaux sulfamides : une meilleure compréhension du mécanisme d'action de ces corps a permis l'obtention de sulfamides plus puissants, plus polyvalents, mieux tolérés et aussi plus exactement adaptés à chaque cas particulier. René Martin exposa les bases théoriques de l'usage de la pénicilline et compara le mode d'action de la pénicillinothérapie et de la sulfamidothérapie.

Le dimanche matin 19 mai, le recteur Roussy présidait. Un exposé magistral de Lemierre fit le point sur les possibilités de la pénicilline. Degos parla des nouveaux traitements de la pénicilline et mit en garde contre un enthousiasme excessif. Patel révéla les résultats remarquables des greffes épidermiques précoces associées à la pénicillothérapie et la sulfamidothérapie générale dans les brûlures étendues du degré III. Enfin, Tzanck parla des techniques récentes de réanimation et du progrès important que constitue la découverte du facteur Rh dans la technique de la transfusion sanguine.

Le dimanche après-midi, le professeur Chevalier, directeur de l'Institut d'Hygiène représentant le ministère de la Santé publique, dirigeait les débats. Halpern qui joua un si grand rôle dans la découverte des anti-histaminiques de synthèse, exposa les essais expérimentaux remarquables de cette famille de corps. Mauric précisa la posologie et les indications des anti-histaminiques et fixa les résultats de cette médication en thérapeutique humaine. Soulé, aidé de Minot, montra que la technique électro-cardiographique française est en tête des progrès internationaux dans cette discipline. Jean Delay montra que le progrès qu'avait constitué l'électro-choc dans l'histoire des psychoses a son pendant dans le progrès que constitue la narco-analyse dans les névroses.

Enfin, le professeur Pasteur Vallery-Radot dans un résumé final, fit l'éloge et la critique des exposés qui précèdent et dans une remarquable synthèse, tira les conclusions essentielles et montra la part de la médecine française dans les progrès réalisés.

G. M.

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE POUR 1946

RÉGLEMENT DU CONCOURS

Titre Ier. — *Des épreuves*

Article premier. — Le concours d'agrégation des facultés de médecine et de la section médicale des facultés mixtes de médecine et de pharmacie est divisé en vingt-trois sections, savoir :

1° Anatomie et organogénèse ; 2° anatomie pathologique ; 3° bactériologie ; 4° chimie médicale ; 5° histologie et embryologie ; 6° hygiène ; 7° médecine légale ; 8° parasitologie ; 9° pathologie expérimentale ; 10° pharmacologie et matières médicales ; 11° physiologie ; 12° physique médicale ; 13° Chirurgie générale ; 14° médecine générale ; 15° dermatologie et syphiligraphie ; 16° hydrologie ; 17° neuro-chirurgie ; 18° neurologie et psychiatrie ; 19° obstétrique ; 20° odontostomatologie ; 21° ophtalmologie ; 22° oto-rhino-laryngologie et chirurgie maxillo-faciale ; 23° pédiatrie.

Un concours spécial est organisé pour chacune de ces sections.

Aucun candidat ne peut se présenter à plus de deux concours.

Art. 2. — Le concours est national pour les douze premières sections et il est dressé une liste unique d'admission pour chacune d'elles.

Les candidats inscrits sur cette liste choisissent, suivant leur rang d'admission, la faculté à laquelle ils demandent à être attachés, parmi celles où des emplois de leur section ont été mis au concours.

Art. 3. — Pour les onze dernières sections qui ne sont pas visées à l'article précédent, le concours a lieu par faculté et il est dressé une liste d'admission pour chacune de ces facultés.

Un même candidat peut figurer sur plusieurs listes.

Art. 4. — Les épreuves du concours ont lieu à Paris. Elles comportent comme premier élément l'appréciation des travaux, des titres et des services des candidats.

Dès que le jury est définitivement constitué, le président désigne les membres de celui-ci qui devront présenter des rapports écrits sur les travaux, titres et services de chaque candidat.

Après audition de ces rapports, le jury, au scrutin secret, attribue à chacun des candidats une note allant de zéro à trente et dresse une liste d'aptitude comportant autant que possible un nombre de noms égal au double du nombre des places à pourvoir pour chaque section ou pour chaque faculté.

Les candidats inscrits sur cette liste peuvent seuls prendre part à l'épreuve d'admission définitive.

Art. 5. — L'épreuve d'admission définitive est constituée dans chaque section par une leçon orale publique d'une heure, faite après quarante-huit heures de préparation libre sur un sujet tiré au sort par le candidat.

Les sujets seront choisis par le jury de manière à lui permettre de juger les aptitudes pédagogiques du candidat.

Après audition de chaque leçon, le jury, au scrutin secret, attribue au candidat une note allant de zéro à vingt.

Art. 6. — A l'issue des épreuves, le jury dresse la liste par ordre de mérite des candidats proposés pour l'admission définitive, cet ordre étant déterminé par la somme des deux notes obtenues par le candidat.

Cette liste est soumise pour ratification au ministre de l'Education nationale. Elle ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a de places mises au concours, mais elle peut en comprendre moins si le résultat des épreuves est jugé insuffisant par le jury.

Art. 7. — Un délai de dix jours à compter de la publication de la liste est accordé à tout candidat qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

Art. 8. — Les agrégés sont institués et nommés par le ministre dans les formes prévues au décret du 7 mars 1936 susvisé.

Le titre d'agrégé est retiré à tout agrégé qui ne s'est pas rendu à l'époque fixée au poste auquel il a été appelé ou qui l'abandonne sans autorisation du ministre.

Titre II. — *Ouverture du concours et conditions d'inscription*

Art. 9. — La date du concours est fixée par arrêté du ministre de l'Education nationale inséré au *Journal officiel*, six semaines au moins avant l'ouverture des épreuves.

Art. 10. — Le nombre des places d'agrégé mises au concours est fixé par arrêté du ministre de l'Education nationale sur proposition des Facultés intéressées.

Art. 11. — Les registres d'inspection sont ouverts au secrétariat de la Faculté de médecine, dès l'insertion au *Journal officiel* de l'arrêté fixant la date du concours. Ils restent ouverts pendant un mois.

Les candidats fournissent en s'inscrivant la justification officielle de leurs titres et de leurs services, donnent l'indication de leurs travaux et déposent les ouvrages et articles publiés par eux, autant que possible en autant d'exemplaires qu'il y a de membres dans le jury.

Ils désignent la section ou les sections pour lesquelles ils concourent et, s'il y a lieu, la ou les facultés pour lesquelles ils se présentent.

Art. 12. — Nul n'est admis à s'inscrire aux épreuves du concours, s'il ne justifie du grade de docteur en médecine et s'il ne remplit les conditions exigibles pour l'exercice d'une fonction publique.

Les agrégés ayant été en exercice ne peuvent se représenter que dans une section autre que celle dans laquelle ils ont été nommés.

La liste des candidats admis à prendre part au concours est arrêtée par le ministre de l'Education nationale.

Titre III. — *Du jury*

Art. 13. — Les présidents et les juges des différents concours sont choisis par le ministre de l'Education nationale sur les listes de professeurs, professeurs sans chaire ou agrégés établies par le Comité consultatif des Universités dans les conditions précisées à l'article 19 ci-dessous.

Art. 14. — Le jury du concours de chaque section est composé de cinq membres, à l'exception des jurys des 13e et 14e sections (chirurgie générale et médecine générale) qui sont composés chacun de neuf membres.

Chaque jury comporte, en outre, deux juges suppléants à l'exception des jurys des 13e et 14e sections qui en comportent quatre.

Art. 15. — Les juges suppléants ne sont pas tenus d'assister à la séance où le jury se constitue.

En cas de récusation ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète dans cette séance au moyen d'un tirage au sort fait parmi les membres suppléants.

Le président convoque aussitôt par télégramme ceux qui sont appelés à siéger. Il renvoie la suite de la première séance au jour, où le ou les juges suppléants sont convoqués.

Art. 16. — Ne peuvent siéger dans un même jury deux parents ou alliés jusqu'au degré de cousin germain inclusivement. Ne peut non plus faire partie d'un jury tout parent ou allié jusqu'au même degré de l'un des candidats.

Ces personnes sont tenues de faire connaître l'empêchement qui s'oppose à leur nomination comme juges.

Art. 17. — Nul ne peut être appelé à siéger simultanément ou successivement au jury de plus de deux sections au cours d'une même session.

Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des épreuves du concours.

Art. 18. — Les décisions du jury peuvent être valablement rendues par trois juges pour les concours qui en comportent cinq, par cinq juges pour les concours qui en comportent neuf.

En cas de partage des voix, le jury procède à un nouveau tour de scrutin pour lequel le président a le droit de déposer deux bulletins dans l'urne.

Art. 19. — Pour l'application des dispositions de l'article 13 ci-dessus, les formations de la division des sciences médicales du Comité consultatif des Universités désignées dans le tableau ci-dessous sont appelées à établir, en vue de la désignation des juges titulaires, une liste de huit noms pour chacune des sections pour lesquelles le nombre des membres du jury est fixé à cinq, et une liste de quatorze noms pour chacune des 13e et 14e sections.

Les mêmes formations établissent une liste de trois noms en vue de la désignation des juges suppléants, pour chacun des jurys qui en comptent deux, une liste de six noms pour chacun des jurys qui en comptent quatre.

Peuvent seuls figurer sur les listes prévues au premier alinéa du présent article, les professeurs titulaires de chaires ou titulaires à titre peronnel.

Les listes prévues au deuxième alinéa du présent article peuvent comprendre en outre des professeurs sans chaire et des agrégés.

1° Anatomie : 1re section, 1re sous-section ; — 2° anatomie pathologique : 2e section ; — 3° bactériologie : 2e section, 4e sous-section ; — 4° chimie médicale : 1re section, 2e sous-section ; — 5° histologie et embryologie : 1re section, 1re sous-section ; — 6° hygiène : 2e section ; — 7° médecine légale : 2e section ; — 8° parasitologie : 2e section, 4e sous-section ; — 9° pathologie expérimentale : 2e section, 3e section, 1re sous section ; — 10° pharmacologie et matières médicales : 1re section, 3e sous-section ; — 11° physiologie : 1re section, 2e sous-section ; — 12° physique médicale : 1re section, 2e sous-section ; — 13° chirurgie générale : 3e section ; — 14° médecine générale : 2e section ; 15° dermatologie et syphiligraphie : 2e section, 2e sous-section ; — 16° hydrologie : 2e section ; — 17° neuro-chirurgie : 5e section ; — 18° neurologie et psychiatrie : 5e section ; — 19° obstétrique : 4e section ; — 20° odonto-stomatologie : 3e section, 3e sous-section ; — 21° ophtalmologie : 3e section, 3e sous-section ; — 22° oto-rhino-laryngologie et chirurgie maxillo-faciale : 3e section, 3e sous-section ; — 23° pédiatrie : 2e section, 3e sous-section.

Titre IV. — *Fonctionnement du concours*

Art. 20. — La direction et la police du concours appartiennent au président du jury.

Le président choisit, de concert avec les membres du jury, les sujets d'épreuves destinés à être tirés au sort entre les candidats.

Il prononce sur toutes les difficultés qui peuvent s'élever pendant la durée du concours.

Il fixe les jours et heures auxquels ont lieu les diverses séances.

Art. 21. — Au cours de la première séance, le président procède à la désignation des rapporteurs prévus à l'article 4 ci-dessus et fixe la date de la seconde séance qui se tiendra au moins deux semaines plus tard. Au cours de cette séance le jury entend la lecture des rapports écrits et dresse la liste d'aptitude prévue audit article.

Art. 22. — Dès que cette liste est établie, le président fixe la date des épreuves définitives d'admission et convoque les candidats qui sont admis à y prendre part.

Art. 23. — Les candidats sont tenus, sous peine d'exclusion du concours, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués et dans l'ordre déterminé par le jury à la suite d'un tirage au sort.

Aucune excuse n'est reçue si elle n'est jugée valable par le jury.

Art. 24. — Sont abrogés l'arrêté du 31 juillet 1934, modifié par les arrêtés des 14 août et 9 septembre 1935, et plus généralement toutes dispositions contraires aux dispositions du présent arrêté.

Art. 25. — Le dicteur de l'Enseignement supérieur est chargé de l'exécution du présent arrêté.

(Arrêté du 8 mai 1946, *J. O.*, 11 mai 1946.)

Places mises au concours. — Le *J. O.* du 1er juin publie un arrêté fixant le nombre des places mises au concours pour les épreuves commençant le 4 juillet 1946.

Section I. — Anatomie et organogénèse : Paris 1, Aix 2, Lille 1, Lyon 1, Strasbourg 1, Toulouse 1.

Section II. — Anatomie pathologique : Alger 1, Lyon 1.

Section III. — Bactériologie : Paris 1, Alger 1.

Section IV. — Chimie médicale : Paris 1, Aix 1, Alger 1, Bordeaux 1, Lyon 1, Nancy 1, Toulouse 1.

Section V. — Histologie et embryologie : Paris 2, Aix 1, Lille 1, Nancy 1, Toulouse 1.

Section VI. — Hygiène : Paris 2, Lyon 1.

Section VII. — Médecine légale : Lille 1, Lyon 1.

Section VIII. — Parasitologie : Paris 1, Aix 1, Nancy 1.

Section IX. — Pathologie expérimentale : Paris 1.

Section X. — Pharmacologie et matière médicale : Paris 1.

Section XI. — Physiologie : Paris 2, Alger 1, Bordeaux 1, Montpellier 1.

Section XII. — Physique médicale : Paris 1, Alger 1, Bordeaux 1, Strasbourg 1, Toulouse 1.

Section XIII. — Chirurgie générale : Paris 6, Aix 2, Alger 2, Bordeaux 1, Lille 2, Lyon 4, Montpellier 2, Nancy 2, Strasbourg 1, Toulouse 4.

Section XIV. — Médecine générale : Paris 7, Aix 3, Alger 3, Bordeaux 1, Lille 2, Lyon 5, Montpellier 3, Nancy 4, Strasbourg 1, Toulouse 5.

Section XV. — Dermatologie syphiligraphie : Paris 1, Bordeaux 1.

Section XVI. — Hydrologie : Paris 1, Lille 1.

Section XVIII. — Neurologie et psychiatrie : Paris 2, Montpellier 1.

Section XIX. — Obstétrique : Paris 2, Lyon 1, Strasbourg 2.

Section XXI. — Ophtalmologie : Paris 1, Bordeaux 1, Toulouse 1.

Section XXII. — Oto-rhino-laryngologie et chirurgie maxillo-faciale : Paris 1.

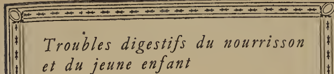
Section XXIII. — Pédiatrie : Paris 2, Strasbourg 1.

Candidats étrangers. — Le *J. O.* du 1er juin publie un arrêté autorisant, sous certaines conditions, les étrangers à se présenter en surnombre au concours d'agrégation des facultés de médecine.

JURY DU CONCOURS D'AGRÉGATION

Le J. O. du 7 juin publie (p. 5013, 5014 et 5015) l'arrêté nommant les membres du jury.

Voici, par section, les noms des présidents : 1° M. Rouvière ; 2° M. Cornil ; 3° M. Gastinel ; 4° M. Polonowski ; 5° M. Policard ; 6° M. Morenas ; 7° M. Leclercq ; 8° M. Lavier ; 9° M. Baudouin ; 10° M. Schwartz ; 11° M. Hédon ; 12° M. Bugnard ; 13° M. Mathieu ; 14° M. Lemierre ; 15° M. Gougerot ; 16° M. Merklen ; 18° M. Guillain ; 19° M. Mocquot ; 21° M. Beauvieux ; 22° M. Calvet ; 23° M. Debré.



Troubles digestifs du nourrisson et du jeune enfant

ÉLÉDON NESTLÉ

Babeurre demi-gras en poudre

2 FORMULES :

ÉLÉDON "JAUNE" *sans farine ni sucre.*
ÉLÉDON "BLEU" *additionné de farine et de sucre nutritif.*

Teneur en matière grasse suffisante.
Pureté bactériologique.
Facilité d'emploi.

Publications scientifiques à la disposition de MM. les Médecins



SOCIÉTÉ NESTLÉ - 6, Avenue César-Caire PARIS (8e)

HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies

KAOBROL

2 { Formules / Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE

Laboratoires J. LAROZE _ 54, rue de Paris _ Charenton (Seine)





Dans l'ACIDOSE des SOUS-ALIMENTÉS
due à un déséquilibre ionique de l'organisme

FORMULE JACQUEMAIRE n° 60

équilibrant minéral par sa Magnésie associée aux Glycérophosphates polyvalents et à la Silice

DOUBLE ACTION

NEUTRALISANTE (ramène le pH à la normale)
REMINÉRALISANTE (répare les pertes minérales)

POSOLOGIE: *2 cachets par jour (Boîte de 80 cachets)*

N.B. DANS LES CAS RÉFRACTAIRES IL Y A INTÉRÊT A PROVOQUER UN NOUVEAU DÉSÉQUILIBRE DU pH PAR UNE MÉDICATION ACIDE INTERMÉDIAIRE

LABORATOIRES FLUXINE _ PRODUITS BONTHOUX _ VILLEFRANCHE (Rhône)

INTERETS PROFESSIONNELS

Les bureaux de la Chambre Syndicale des Médecins de la Seine, sont transférés 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e).

Ordre des médecins
Conseil départemental de la Seine

Au cours de sa réunion du 18 avril 1946, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins adopte les conclusions de sa commission d'assurances et sécurité sociales et contrôle technique.

1° A émis le vœu que les plaintes présentées par les caisses directement au conseil régional soient renvoyées pour instruction au conseil départemental ;

2° A maintenu MM. Fanton d'Andon et Richard aux fonctions de directeur et secrétaire du contrôle technique.

Faisant siennes ensuite les conclusions de la commission médico-sociale de natalité et d'enfance, le Conseil a décidé :

1° De faire campagne pour favoriser l'allaitement maternel ;

2° De s'associer à la Semaine de l'Enfance ;

3° D'envoyer une délégation auprès des Conseils général et municipal chargée de la question urgente de l'approvisionnement de Paris en lait d'une qualité et d'une quantité suffisantes ;

° De charger une sous-commission d'établir un rapport sur les problèmes médicaux relatifs à l'immigration ;

5° Concernant les questions d'avortement : a) de documenter les médecins sur les œuvres de protection maternelle et infantile ; b) de lutter contre la propagande par la création de services hospitaliers spéciaux pour avortées ; c) d'éliminer les avorteurs professionnels du Corps médical de la Seine et de se porter partie civile dans tous les procès d'avortement.

Une conférence de presse au Conseil national de l'Ordre

Le 23 mai dernier, M. le Professeur Portes, président du Conseil national, avait invité les représentants de la presse médicale à une conférence dans laquelle il a bien voulu nous exposer l'organisation de travail qu'il vient d'inaugurer avec ses collègues du nouveau Conseil national.

M. le Président Portes après avoir rendu hommage à son prédécesseur, le Dr Coutela, et à l'ancien secrétaire général, le Dr Plichet, nous précisa que le Conseil, dans un désir absolu d'une politique d'entente avec les Syndicats, avait tenu à éviter les empiètements en limitant à trois sections au lieu de cinq, les organismes de travail du Conseil national.

Ces trois sections sont :

1° Section juridique, présidée par M. Oberlin, qui a une grande expérience et est assisté d'un conseiller d'Etat désigné par le gouvernement ;

2° Section d'entr'aide, présidée par M. le Doyen Baudouin, qui est en même temps président de l'Association générale des médecins de France ;

3° Section des questions intéressant en même temps l'Ordre et les Syndicats. Elle est présidée par le Dr Marquis, ancien président de la Confédération.

Cette section comprend une sous-section médico-sociale, présidée par le Dr Carlotti.

L'étude du Code de déontologie reste à l'ordre du jour. Le Code a été terminé avant la Libération. Il pourra être promulgué très prochainement après son passage devant le Conseil d'Etat. A ce moment, le président réunira les présidents des Conseils régionaux afin de se mettre d'accord sur son application.

Le Conseil, dans sa dernière réunion, a encore arrêté son règlement intérieur, étudié la question de la cotisation et arrêté son programme pour la prochaine réunion en juillet.

Parmi ces questions, celle de la Retraite du Médecin, bien compromise, est à reprendre, ainsi que celle des spécialités, celle des médecins frontaliers, pour ne citer que les principales.

Enfin, l'organisation obstétricale du territoire, inexistante jusqu'ici, s'impose aux décisions du Conseil, ainsi que la question relative à la médecine des mines.

L'organisation de la médecine coloniale s'ajoute à la tâche énorme qui incombe au nouveau Conseil.

Communiqué du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins

Dans sa séance du 2 mai, le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins a décidé :

1° De désigner une Commission de dix membres chargés de la nouvelle installation de l'Ordre départemental de la Seine, avec groupement éventuel d'autres organismes professionnels médicaux de la région parisienne ;

2° D'inviter le Conseil national à étudier d'urgence le problème de l'application du plan de sécurité sociale aux médecins eux-mêmes et à leur famille considérés comme assurés ;

3° D'inviter le Conseil national de l'Ordre et la Confédération des Syndicats médicaux à protester contre les termes d'un projet type de certificat prénuptial paru récemment à l' « Officiel » et dans lequel il est prévu que certains examens radioscopiques et de laboratoire doivent être faits par des médecins agréés.

LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE DE L'ORDRE DES MÉDECINS.

INFORMATIONS
(Fin)

Lyon : M. Mazel, professeur de médecine légale, est transféré dans la chaire de médecine du travail nouvellement créée.

Marseille : M. Sautet est nommé professeur titulaire de la chaire de parasitologie (dernier titulaire : M. Joyeux).

Montpellier : M. Roux, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de technique opératoire et chirurgicale expérimentale nouvellement créée.

M. Mourgues-Molines, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie et propédeutique chirurgicale, nouvellement créée.

Nancy : M. Wolf, agrégé, est nommé, à compter du 1er octobre 1945, professeur titulaire de la chaire de chimie biologique (dernier titulaire : M. Robert).

Santé publique

M. Rain, maître des Requêtes au Conseil d'Etat, secrétaire général du Peuplement et de la Famille, est nommé directeur général de la Population.

M. le Dr André Cavaillon, secrétaire général de la Santé, est nommé directeur général de la Santé.

Médecins consultants régionaux de pédiatrie. — Le J. O. du 23 mai 1945 a publié le décret du 22 mai relatif à la nomination des médecins consultants régionaux de pédiatrie prévus à l'article 3 de l'ordonnance du 2 novembre 1945.

Les médecins choisis parmi les médecins spécialisés et qualifiés par leurs titres et leur notoriété scientifique, sont nommés pour trois ans, ils exercent leur fonction dans une circonscription sanitaire définie. Conseillers des directeurs départementaux de la Santé, ils peuvent faire des enquêtes et apporter toutes suggestions. Ils se réunissent au ministère une fois par an au moins et adressent chaque année au ministre un rapport détaillé.

Conseil supérieur de la pédicurie. — Un arrêté en date du 24 mai nomme président : M. le Directeur de l'Hygiène publique ; membres : des représentants de l'administration, M. le médecin colonel Didiée (du Val-de-Grâce). MM. les Drs Ducroquet, Charry, Berthet et Wallet, MM. Leods, Manet et Gris.

Comité consultatif de lutte contre la stérilité involontaire. — Vice-présidents : MM. Courrier et Debré ; membres : MM. Aschlem, Aboulker, Béclère, Benoit, Brindeau, Champy, Gaston Cotte, Gelle, Guilhem, Jayle, Lacomme, Lafont, Klein, Maurice Mayer, Pierre Mocquot, Moricard, Mourgue-Molinès, Palmer, Pigeaud, Portes, Rivière, Séguy, Simonnet, Varangot, Vermelin, de Vernejoul, G. Wolfromm.

Santé publique

Conseil permanent d'Hygiène sociale
M. le professeur Florentin (de Nancy), et M. le professeur agrégé Driessens (de Lille), ont été nommés membres du Conseil permanent d'hygiène sociale et affectés à la commission du cancer.

M. le Dr Wibaux (René), médecin directeur du cadre des sanatoriums publics, est nommé directeur de l'Hygiène publique au ministère de la Santé publique et de la Population.

Questions obstétricales. — Il est créé, au ministère de la Santé publique, une commission nationale d'études des questions obstétricales. Cette commission aura notamment à établir un plan d'organisation de l'obstétrique en France. Les membres de cette commission seront désignés par arrêté du ministre de la Santé publique.

Protection maternelle. — Un arrêté ministériel (J. O., 17 mai), précise les conditions dans lesquelles devront être effectués les examens médicaux prévus par l'article 11 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.

Ces examens auront lieu au 3e mois, au 6e mois et au 8e mois de la grossesse. L'examen post-natal est obligatoire dans le mois qui suit l'accouchement.

Protection des enfants du premier et du deuxième âge. — Le J. O. du 17 mai publie un arrêté relatif aux examens médicaux des personnes qui concourent à la protection, à la garde ou au placement des enfants du premier et du deuxième âge.

Statut des laboratoires. — Le J. O. du 19 mai publie le décret du 18 mai portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 18 mars 1946 portant statut des laboratoires.

Ecole nationale de la Santé publique. — Le J. O. du 25 mai a publié un décret fixant l'organisation administrative de l'Ecole nationale de la Santé publique qui a pour objet : 1° De compléter la formation scientifique, administrative et technique des médecins, pharmaciens et techniciens sanitaires ; 2° D'assurer leur perfectionnement par des stages d'information.

Un second décret fixe le statut du personnel de l'Ecole.

Exercice de la pharmacie. — Le J. O. du 23 mai 1946 a publié la loi du 22 mai 1946 tendant à modifier la loi validée du 11 septembre 1941, relative à l'exercice de la pharmacie.

En voici les parties essentielles : La publicité technique concernant les médicaments est libre auprès des médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et des sages-femmes. Restent interdits : les primes, objets publicitaires ou avantages matériels de quelque nature que ce soit, en dehors des échantillons médicaux et de la remise habituelle sur le prix des médicaments destinés à l'usage personnel des praticiens.

Aucun texte publicitaire dépassant les limites fixées plus haut ne peut être porté à la connaissance du public par quelque moyen que ce soit sans avoir reçu le visa du ministre de la Santé publique.

Experts. — Le J. O. du 26 mai publie la liste des membres de la Commission chargée de dresser une liste d'experts qui procèdent aux essais cliniques, pharmacologiques, thérapeutiques ou chimiques demandés par les fabricants de produits pharmaceutiques.

Sont nommés membres de cette commission : MM. le professeur Henri Bénard, Cuny, Duvelleroy ; les professeurs R. Fabre, Gernez, Rieux, Guy Laroche, Hazard, M. Huet ; MM. les professeurs Janot, Justin-Besançon, M. Dachaux ; Mme le professeur Jeanne Lévy ; MM. les professeurs Loeper, Manceau, Mascre ; MM. Moutier, Pénau, Rolland, Schuster ; MM. les professeurs Tréfouël, Turpin et Valette.

Substances vénéneuses. — Le J. O. du 26 mai publie le modèle du carnet à souche prévu au décret du 28 août 1945 pour la prescription des médicaments contenant des substances du tableau B. Ce carnet a 13,5 cm. × 10,5 cm., la souche a 4,5 cm., l'ordonnance 9 cm.

Chaque carnet porte un numéro d'ordre, le nom et l'adresse du médecin et le tampon de l'organisation professionnelle.

Inscriptions aux tableaux B et C. — Un décret prescrit l'inscription au tableau B des substances suivantes : éther éthylique de l'acide méthyl phényl pipéridine carbonique et ses sels.

Sont inscrites au tableau C les substances suivantes : phényl amino propane et ses sels.

Education nationale

Enseignement supérieur. — Le J. O. du 5 juin publie un arrêté relatif à l'élection des membres du Conseil de l'enseignement supérieur.

Etudiants victimes de la guerre. — Le J. O. du 2 juin publie un arrêté du 25 mai admettant les étudiants alsaciens et lorrains, sous certaines conditions, au bénéfice des dispositions des arrêtés des 9 et 10 août 1945.

Centre national de la recherche scientifique. — Le J. O. du 30 mai publie un décret instituant auprès du Centre national de la recherche scientifique un Centre national de coordination des études et recherches sur la nutrition et l'alimentation. Ce Centre aura pour mission d'établir une liaison constante entre les différents ministères ou organismes s'occupant de l'alimentation.

Rémunération des différentes catégories du personnel des cliniques, cours et travaux pratiques des Facultés de médecine des universités des départements. — Un arrêté du 28 mai 1946 fixe ainsi qu'il suit la rémunération du personnel des cliniques, des cours et conférences et des travaux pratiques d'anatomie des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et pharmacie des universités des départements :

1° Chefs de clinique : de 1).000 à 22.000 francs ;

2° Chefs de lab. de clinique : de 16.000 à 22.000 francs ;

3° Préparateurs de chirurgie et de cours et de conférences : de 8.000 à 14.000 francs ;

4° Prosecteurs, ayant deux ans de fonctions : de 20.000 à 28.000 francs ; après deux ans : de 28.000 à 32.000 francs ;

5° Aides d'anatomie : de 16.000 à 24.000 francs ;

6° Aides de clinique : de 4.000 à 14.000 francs ;

7° Moniteurs de clinique : de 4.000 à 20.000 francs ;

8° Sages-femmes chefs : de 16.000 à 20.000 francs ;

9° Sage-femmes : de 8.000 à 16.000 francs.

Ces indemnités sont exclusives de toute autre indemnité.

Travail

Tarifs médicaux. — Le ministre, par une circulaire aux directeurs régionaux de la Sécurité sociale, fait connaître que la Commission nationale des tarifs médicaux vient, dans sa séance du 6 mai et « à la suite des mises en demeure qui avaient été adressées aux Syndicats médicaux, de fixer par voie d'autorité les tarifs médicaux applicables pour les soins aux assurés sociaux ».

Ces décisions sont applicables dès la réception de la notification qui a été faite le 16 mai aux syndicats médicaux.

Le J. O. du 24 mai publie en deux tableaux les tarifs médicaux.

Rémunération des médecins du travail. — Un arrêté du 17 mai (J. O., 19 mai), est relatif à cette rémunération.

Armées

Corps de Santé de la marine (active). — Sont promus au grade de médecin de 1re classe : MM. Merle, Berroche, Dumoulin, Perdoux et Sockeel.

Ecole du service de Santé militaire. — Le J. O. du 11 mai publie un arrêté fixant à 42.000 francs le montant de la somme à rembourser par les élèves ou anciens élèves de l'Ecole ; cette somme est majorée de la valeur du trousseau, ainsi que du montant des frais de scolarité près des facultés.

Nominations. — Sont nommés au grade de médecin général : MM. les médecins colonels Duboureau et Robie.

Affectations. — M. le médecin général Lortholary est nommé directeur du service de Santé de la 2e région à Lille.

M. le médecin général Lauzeral est nommé directeur du service de Santé du commandement français en Autriche.

Médaille commémorative française de la guerre 1939-1945

Le J. O. du 29 mai publie un décret créant cette médaille.

Le ruban est formé d'une bande médiane bleu clair de 24 mm., encadrée verticalement de deux bandes rouges de 1 mm. chacune, et d'une bande verte de 4 mm. De plus, la bande bleu clair est coupée en son milieu et dans le sens vertical par des V superposés de couleur rouge.

Des barrettes porteront l'indication des différentes phases de la campagne.

Cette médaille est accordée à tout militaire, marin ou aviateur. Pourront également l'obtenir les ressortissants français ayant lutté contre l'Axe. Il ne sera pas délivré de diplôme, sauf en ce qui concerne la barrette.

Médaille de la Résistance

Méd. cap. Victor Nessmann (à t. posthume), méd. comm. Adolphe Diagne, méd. cap. Dupuy et Coupigny, méd. comm. Jean Bernard dit Bertin, André Caillet, méd. cap. Louis Wicart dit Darsonval, Jean Roujeau, Chautemps dit Froidevaux, méd. principal J. Delacoux des Roseaux, Dr Ary-Fischée, méd. aux. J.-M. Gaches, méd. col. A.-J. Lotte.

Méd. lieut.-col. Robert Monod, méd. comm. M. Cannac, A. Dodin et G. Penin, méd. cap. G. Vidal-Naquet, méd. aux. Eugène Duhamel, méd. lieut. Cl. Mairesse, méd. col. Debenedetti, méd. comm. Gabriel Florence, méd. cap. P. Delle, Ch. Gernezérieux, J. Vourch, R. Guillet, P. Dénisart, méd. s.-lieut. F. Pette, Professeur Soula, Drs J. Baudot, P. Suire et H. Laffitte, méd. comm. Ed. Maheo, J. Boisselat.

Méd. cap. Jacques Richier, méd. comm. J.-P. Rolin, méd. cap. Suzanne Vallon, méd. lieut.-col. André Lichtwitz, méd. lieut. Richard Martinot, méd. général A. Guirrec, méd. cap. J. R. Quemere, méd. s.-lieut. J. Mireau, méd. lieut. G. Nahas, pharm. s.-lieut. Didier, méd. aux. Tessier, méd. comm. P.-L. Crémeaux, MM. les professeurs Robert Debré et Pasteur-Vallery-Radot, méd. cap. J. Poupault, méd. lieut. L.-L. Girard.

Méd. cap. Gabriel Luscan, méd. lieut. André Bonnafous.

Dr Labro (à titre posthume).

Méd. gén. P. Melnotte, méd. cap. G. Médioni, méd. lieut. G Debray et Claude Demay.

Méd. aux. Jean Etienne (à t. posthume).

Méd. comm. C. Bigois, méd. lieut. A. Mothay, cap. Jacqueline Richet, méd. cap. Machebœuf, méd. lieut. A. Vansteenberghe, méd. s.-lieut. F.-E. Blun.

Méd. comm. X.-F. Gillot, Ch.-L. Mauric, méd. cap. A.-F Gras, P.-F. Ceccaldi, G.-A. Chauliac, R. le Roux, L. Gaillardin, J.-Ch. Roger, J.-E. Brunet, J.-E. Auclert, méd. lieut. Le Mevel et J. Moraine, méd. aspirant A. Le Gall.

Méd. cap. M. Prochasson, méd. lieut. Wetterwald.

Méd. cap. André Daumas (à titre posthume).

Méd. lieut.-col. Behague.

M. le professeur Justin Besançon (Lévis).

Méd. comm. Yann Gœz, méd. cap. Béraud (née Suzanne Picard), méd. comm. René Nicol, méd. cap. Albert Ferez, Dr Henri Goude.

Dr Edouard Ringuet (à titre posthume).

Dr Olive Caussade (à titre posthume).

Le R. P. Riquet.

Méd. lieut. Xavier Fructus et Boris Klotz.

Mme Yvonne Pagniez.

Méd. col. A. Reillinger.

Méd. comm. Henri Montfort de Terramorsi, méd. cap. P. M. J. Augé.

Pharm. s.-lieut. G. Bedjaï.

Dentiste asp. A. Roditti.

Méd. cap. J.-R. Jiberry, P. Bernal, méd. lieut. Chain Geibter, méd. s.-lieut. A. Schtakleff, méd. aux. Claude Mouriquand et Claude Durix, dentiste aux. L. Wallenstein, pharm. aux. J. Massat, méd. s.-lieut. Claude Attal et Cartier, méd. cap. Gras et Ricklin.

Méd. comm. P.-L. Guenon, méd. cap. Augey, méd. lieut. J.-C. Lévy-Leroy, dentiste lieut. M. Béraud, méd. comm. Louis Mongrand, méd. cap. Fr. Capdeville, méd. lieut.-col. Bouchard, méd. cap. E. Brenekmann, méd. aux. A. Colas, méd. cap. Hesse, méd. lieut.-col. Villain, méd. cap. Avierinos et Baud.

Méd. cap. R.-J. Quenouille (à titre posthume).

Méd. lieut. J.-L. Lévy, Dr Bodington, méd. lieut.-col. Cosnier, méd. col. Barend van Tricht, méd. aux. Gilbert Rucart, méd. comm. Silderstein, méd. comm. Caudrelin (à titre posthume), méd. cap. A. Wilborts (à titre posthume).

Drs Jubin, Yves Bourde, Jean Etienne, J. Ramboud (à titre posthume).

Méd. lieut.-col. X. Serafino, méd. comm. Créhange, méd. cap. R. Wolfin, R. Weitz, G.-H. Bildski-Pasquier, C. Staub et J.-G. Lansac, méd. lieut. Bouvier, R. Cass, G. Mahée, J.-P. Maillard, R. Mehl.

Méd. de 2e cl. marine Sapin-Jaloustre.

Méd. cap. Lapeyre, Carrière, méd. lieut. G. Sée.

Ordre de la Santé publique

Officier. — Le Dr Schaffner (de Lens).

Chevalier. — Les Drs Couroubie (de Bruay-en-Artois), et Crèvecœur (de Calais).

Distinctions honorifiques

Le médecin commandant Zimmern, attaché au cabinet de M. le Ministre de la Santé publique, a reçu la décoration américaine « Bronze Star ».

Le prince régent de Belgique vient de décerner avec effet rétroactif un certain nombre de distinctions à des confrères belges qui comptent beaucoup d'amis en France.

Les Drs Coppez, Debaizieux, Gengou (à dater de 1942) : le Dr René Sand (à dater de 1943), ont été promus au grade de commandeur de l'Ordre de Léopold.

Les Drs Lambotte et J. Verhoogen ont été promus au grade de grand-officier de l'Ordre de la Couronne (à dater de 1941). Le Dr René Sand a reçu également la croix de commandeur de l'Ordre de la Couronne ,à dater de 1941).

Association pour le développement des relations médicales

L'Assemblée générale de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 18 juin à 16 h. 30, à la Faculté de médecine, salle du Conseil.

Union des médecins mutilés de guerre

Les membres de l'Union des médecins mutilés de guerre se sont réunis en Assemblée générale le 21 mai 1946, à 18 heures. Le décret de cessation des hostilités venant de paraître, l'Union des médecins mutilés de guerre tient à reprendre son activité en vue de soulager les infortunes de leurs camarades victimes de la guerre.

Elle a procédé pour cela au renouvellement du Conseil d'administration et celui-ci à l'élection de son bureau. Président : M. De Parrel ; vice-présidents : MM. Garnier-Claudon, Masmonteil, Sureau ; Secrétaire général : M. Jacob ; Trésorier : M. Diguet.

Journées dentaires de Paris. — Les XXes journées dentaires de Paris auront lieu du 21 au 24 novembre 1946.

Le secrétaire général est M. René Sudaka, 143, avenue Emile-Zola, Paris (15e). Ségur 40-99.

Ravitaillement des familles médicales nombreuses des centres urbains

A l'occasion de la Fête des Mères de 1946, des familles nombreuses du Corps médical ont désiré témoigner leur reconnaissance aux familles de producteurs ruraux qui leur ont, au cours de ces dernières années, adressé des colis régulièrement. Ces envois ont permis à des enfants de médecins de ne pas trop souffrir des déficiences du ravitaillement.

Les témoignages ont été transmis aux Mouvements familiaux pour qu'ils soient rendus publics. Il n'était pas inutile que les médecins ruraux en soient informés. Ils marqueront cette reconnaissance auprès de ceux des ruraux qui ont renoncé aux bénéfices du marché noir. Ils les encourageront à poursuivre encore leur liaison directe avec des familles nombreuses des villes et, en particulier, avec des enfants de médecins.

Médecine et Famille, 28, place Saint-Georges, recevra toutes suggestions au sujet du ravitaillement des familles médicales.

Bourses de vacances

Les Laboratoires du Dr F. Debat distribueront, comme les années précédentes, des bourses de vacances destinées à de jeunes étudiants en médecine, de santé délicate, et dont les conditions d'existence sont particulièrement difficiles. Ces bourses seront, cette année, de 2.000 francs.

Les demandes devront être adressées, 60, rue de Monceau (Service des Bourses de Vacances), avant le 15 juin 1946. Elles seront accompagnées d'une lettre de recommandation du professeur de l'élève et indiqueront la situation de famille, l'état de santé du postulant ou toutes autres informations susceptibles de servir de moyen d'appréciation.

Erratum. — Dans la notice nécrologique du doyen Henri Roger s'est glissée une erreur que nous tenons à réparer.

L'ouvrage sur les méningo-brucelloses, en collaboration avec Poursines, que nous lui avons attribué, n'est pas du doyen Henri Roger, mais du professeur Henri Roger (de Marseille).

Le Dr Raymond Molinéry

Nous avons appris avec une très vive peine la mort de notre vieil ami le Dr Raymond Molinéry, décédé le 29 mai 1946 à Tournon-d'Agenais où il s'était fixé depuis le début de la guerre.

Molinéry s'était consacré à l'hydrologie lorsqu'un douloureux accident professionnel, qui entraîna l'amputation de la cuisse, le força, il y a une trentaine d'années, à interrompre une brillante carrière de praticien à laquelle l'avait préparé son internat des hôpitaux de Toulouse.

C'est à Luchon, dont il dirigeait le célèbre établissement thermal, qu'il conquit une réputation d'hydrologue éminent, réputation qui s'étendait bien au delà de nos frontières. Cette réputation il la devait non seulement à sa science et à sa longue expérience, mais aussi à sa belle culture classique et à son génie de l'organisation. Ces hautes qualités lui permirent au cours de sa brillante collaboration au « Monde Médical » d'instaurer un service bibliographique dont les travailleurs éprouvent toujours la grande valeur.

Ses confrères parisiens n'oublient pas que Molinéry fut avec Dartigues l'un des plus prestigieux animateurs de l'U.M.F.I.A. et qu'il fut un des meilleurs propagateurs de la culture française.

Par son affabilité, par sa haute tenue morale, par le stoïcisme avec lequel il supportait son infirmité, Molinéry s'était attiré l'estime et la sympathie de tous. On savait aussi avec quel dévouement il s'employait pour les confrères malheureux. Il sera unanimement regretté.

Que son fils, le Dr Pierre Molinéry, ancien interne des hôpitaux de Paris et médecin consultant à Luchon, veuille bien trouver ici l'expression de notre sincère affliction.

F. L. S.

— Le Dr Pierre Fredet, chirurgien honoraire des hôpitaux, médecin chef honoraire de la Cie des Chemins de fer P.-L.-M., ancien président de l'Académie de chirurgie, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris le 29 mai 1946.

— Le Dr Jean Besnard, ancien interne des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Versailles, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Versailles le 26 mai 1946.

— Le Dr Ch.-J. Finck, médecin consultant à Vittel, décédé à Cannes dans sa 72e année.

Dr Remilly, de Versailles, membre du Conseil de S.-et-O., membre du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Dr Bujadoux, ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de Lyon.

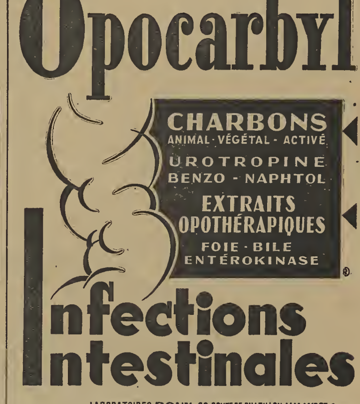
LIVRES NOUVEAUX

Les syndromes douloureux de la fosse iliaque et du flanc droit, par M. le Professeur E. Mériel (de Toulouse). 379 pages, 77 fig. Doin, éd., 1945.

Edité dans la collection des « Grands Syndromes », ce beau volume aborde un des chapitres les plus difficiles de la pathologie abdominale dont les manifestations sont à la fois du domaine de la médecine et de la chirurgie. Dans son introduction, l'auteur s'applique à expliquer, après l'avoir décrit, l'origine du syndrome « douleur de la fosse iliaque droite » ; il fait une large place au rôle du sympathique, montrant que le trouble fonctionnel peut précéder le trouble anatomique et souvent le conditionner. Cette notion ouvre d'ailleurs une voie sans doute féconde à la chirurgie du sympathique abdominal et on peut espérer voir un jour les diverses colectomies pour troubles fonctionnels du côlon céder le pas aux interventions basées sur la physiologie du sympathique. L'auteur étudie ensuite et successivement les appendicites chroniques, les colites chroniques, la tuberculose hypertrophique du cæcum, les iléites régionales, les péricolites et les épiploïtes chroniques. Dans chaque chapitre, l'étude radiologique est particulièrement bien exposée et bien illustrée.

Ce livre rendra certainement les plus grands services, non seulement aux gastro-entérologues, mais aux praticiens qui pourront y trouver des renseignements précis sur les syndromes encore mal connus de la pathologie digestive.

Le nouvel ouvrage de M. le Professeur Mériel est digne de ses belles publications antérieures, de ses leçons de **Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu de Toulouse,** de ses **Lessons of clinical and operative surgery,** car notre éminent confrère peut s'adresser aussi utilement aux auditeurs américains qu'aux étudiants français. Il rappelle enfin, par sa documentation impeccable et sa sûreté de jugement, les Revues générales qui ont été et seront encore si appréciées par les lecteurs de « La Gazette des Hôpitaux ».



Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VII°). Dépôt légal. — 1946. — 2° trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 13. — 1er JUILLET 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr. ; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2535-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Externat des hôpitaux de Paris. — Concours normal. Liste alphabétique des candidats reçus :

MM. Daniel Alagille 54,50, Jean Alby 51, Vincent Allard 51,5, Mlle Micheline Andreassian 52, Bernard Antoine 48,5, Pierre Aschheim 49, Jean Aubert 47, Mlle Marie Audic 48,5, Emile Audoueineix 51, Michel Auriche 56,5.

MM. Jean Bader 51,5, Maurice Barbes 47, Jean Barbieux 47, Mlle Micheline Barniaud 48,5, Jean Barrier 53,5, Philippe Baudoin 49, Jean Beaumont 55,5, Jean Belcour 47, Claude Belpomme 52,5, Jean Bernard 48, Jacques Berthelot 54, Roger Besson 49, Jean Bienayme 54,5, Raymond Billet 48, Michel Binot 57,5, Gabriel Blancher 53, Michel Blondeau 58, Philippe Blondeau 57,5, Lucien Bocquet 49, Hervé Bodin 53, Pierre Boiron 56,5, Pierre Boivin 52, Alain Bonparis 50, Mlle Jeanne Borde 49, Mlle Marie Boubée 56, Jean Boudot 52,5, André Boué 49, Jacques Boulet-Gercourt 47,5, Mlle Henriette Bourrillon 50, Mlle Suzanne Boussange 50, Pierre Boutin 52, Jean Bricou 58, Jean Buisson 50.

MM. Jean Cabanes 49,5, Robert Caldera 55, Mlle Denise Calmette 52, Jean Cambier 54,5, Mlle Marie Carillon 51, Maurice Camey 49, Maurice Caroit 52,5, Alexandre Carteaud 58,5, Pierre Casanouve 50, Claude Castan 51, Toussaint Caulet 51, Jean Chalard 49,5, Henri Charleux 51, Jean Charlot 50, Mlle Jacqueline Charron 53,5, Jacques Chevallier 48,5, Claude Clainville-Bloncourt 51,5, Roger Collette 52, André Combes 47, Paul Cornet 47,5, Jacques Cornilliet 48, Jean Crepatte 51, Mlle Janine Crepeaux 52,5, Jacques Cruveiller 48.

MM. Michel Daban 50, Pierre Dauzier 47, Mlle Simone Daymas 49,5, Edmé Deboise 49,5, René Debuire 47,5, Philippe Delahousse 49, Jean Delaporte 49, Michel Delattre 50, Léon Delaunay 47,5, Guy Depommier 49,5, Etienne Desjardins 47, Robert Desproges-Gotteron 52, Mlle Raymonde Devillebichot 48, Jean Douard 54, Gabriel Dourdou 51, Mlle Marie Doussan 49,5, Mlle Jacqueline Drouet 53,5, Antoine Dubost 48,5, Mlle Suzanne Dubost 47, Hubert Duchange 50,5, Mlle Odette Duchateau 48,5, Jacques Ducloyer 51,5, Pierre Ducroquet 47,5, Henri Ducrot 48, Mlle Anne-Marie Dugas 51, Guy Dumontet 48,5, Henri Duplay 55,5, Mlle Jacqueline Dupuis 51, Lucien Duriez 48, Georges Durvoos 51,5.

MM. Jacques Faivre 50, André Ferroni 52,5, Jacques Ficheux 48,5, Mlle Françoise Fidon 47, Mlle Jeanne Flanet 52, Jacques Foglierini 57, Jean de la Forest Divonne 53, Pierre François 50,5, Pierre Froideval 47,5.

MM. Gilles Gallot-Lavallée 54,5, Pierre Ganter 49,5, Claude Garcia-Ramon 51, Joseph Gastard 48,5, Jean Gauchez 51, Mlle Marthe Gautier 52, Henri Geoffroy 54,5, Yves Gearrd 52, Raymond Gérard, 49, Robert Gibaud 51, Henri Giroulle 48,5, Mlle Antoinette Gobet 56, Claude Gogmos 50,5, Pierre Graffin 51, Jean Grandperrin 53, Albert Grasset 50,5, Jacques Guerbert 51,5, Claude Guerin 53, Joseph Guerin 47, Jacques Guillemaut 49, Paul Guillemet 47,5, Roger Guilleminot 52, Jean Guillon 52, Pierre Guinant 48, Gérard Guitard 48, Philippe Guran 48,5, Claude Gutel 49, Mlle Geneviève Guyon 47.

MM. Jean Harl 49,5, Jean Hascoet 51, Michel Henne 47,5, Claude Heron 47,5, Jacques Hervé 55,5, Jean Heurtematte 53,5, Claude Hinard 47,5, Mlle Claude Huot 55.

MM. Maurice Jay 47,5, Mlle Huguette Josse 55,5, Mlle Jacqueline Jubert 47, Pierre Juge 50.

MM. Emile Lalisse 50, Hubert Larrieu 52, Denis Latil 47, Mlle Pierrette Laulanie 47, Hubert Lauras 47,5, Marcel Laurent 48,5, Roland Lebouc 49, Ange Leca 53,5, Robert Leconte des Floris 49,5, Georges Lecuyer 50,5, Claude Ledoux 54, Jean Lefranc 49, Mlle Odette Legendre 48,5, Etienne Le Joubioux 53,5, Gilbert Lelord 50, Jean Lelièvre 56,5, Mlle Thérèse Lemperière 49,5, Mlle Eugénie Lenoir 48, Mlle Geneviève Leroux 51,5, Jacques Leroux 53, Adolphe Lesur 48,5, Jacques Leveau 49, Mlle Michelle Lévy 47, Mlle Simone Lhermitte 51,5, Mlle Colette Limichin 61, Gérald Lord 59,5, Jean Lubin 53, Jean Lubetzki 50, Philippe Lucet 55,5, Jacques Lunel 50,5, Jean Lutier 48.

MM. Gérard Mahec 57,5, Robert Malassenet 47, Mlle Marie Mallet 52, Georges Manigand 54,5, Philippe Manteau 49, Guy Marinier 53,5, Guy Martin 47,5, Jean Mary 51, Marcel Massin 51, Paul Mathe 55, Jean-Louis Maufrais 49, Christian Malitchenko 48,5, Georges Mazuet 50,5, Noel Messager 50, Pierre Montite 57, Pierre Morinet 49, Jean Mourgues 48, André Mouy, 51.

MM. Claude Nathan 48, Gilbert Neocles 51, Michel Neveu 53,5.

MM. Jean Ottenwallter 51,5, François Oury 51.

MM. Joseph Paolaggi 55,5, François Paouelin 50, Michel Parrer 52,5, Pierre Paris 51, Robert Parrot 50, Henri Passas 55,5, Robert Pauwels 48, Mlle Hélène Peras 53,5, Claude Perès 48,5, Michel Perin 57, Mlle Marie Pernot 48,5, Francis Petitjean 47, Luc Picon 52, Oleg de Poligny 51, Paul Poncelet 52, Bernard Pons 48,5, Roger Pouch 48,5, Mlle Suzanne Poupinet 57, Mlle Janine Pourdieu 50, Pierre Prevel 49,5, André Prevost 48,5, Mlle Elisabeth Py 52.

MM. Maurice Rapin 57, Mlle Lizzy Raufast 58,5, Pierre Raynal 47, Claude Renoult 54,5, Mlle Eugénie Rettori 51, Henri Ribière 50,5, Jean Richoux 50, Mlle Madeleine Rimbaud 47,5, André Roberti 49, Philippe Roland-Billecart 51,5, Mlle Marguerite Rolland 50, Rémy Roos 53, Jean Rouffiat 58, Joseph-François Rudelle 49.

MM. Bertrand Saint-Paul 54,5, Pierre Sarrazin 48,5, Raymond Sauvan 57, Mlle Nicolle Schlesser 52, Philippe Sée 47,5, Jacques Sénéchal 48,5, Jacques Siardet 49, Victor Smirnoff 49,5, Michel Soulié 48, Jean de Souza Rebello Vahia 51, Mlle Nicole Steinheil 49, Jean Sterkers 54, Pierre Sureau 50.

Mlle Jacqueline Teysseyre 52, MM. Roland Tilly, 49, Georges Tiprez 55,5, Domi-

nique Tisné 49,5, Mlle Marie Tisné 58,5, Henri Tisseuil 47,5, Jean Toulouse 48,5, Jacques Touraine 47, Philippe Trancart 47, Mlle Maria Trommelen 48,5, Jacques Traulle 52, Charles Triadou 49.

MM. Gabriel Vallée 56,5, Marcel Valton 47, Claude Vaquette 47, Robert Vergne 57, René Verlingue 50, Jean Vidal 56,5, Georges Vigneras 49,5, Mlle Christiane Vignier 50, Mlle Annick Willaime 50,5.

Concours de l'internat de liquidation

Questions sorties aux dernières séances de l'oral du concours :

S. et D. du zona ophtalmique ; complications de l'avortement criminel.

S. et D. des tumeurs mixtes de la parotide : S. et D. des arthropathies tabétiques.

Infarctus pulmonaire, S. D. et traitement ; plaies des artères des membres inférieurs.

Concours de l'internat normal des hôpitaux communaux de la région sanitaire de Paris

Pathologie chirurgicale

Question sortie. — 1° Signes et diagnostic de l'ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation de l'épaule.

Questions restées dans l'urne. — 2° Epididymite tuberculeuse ; 3° Signes, diagnostic et traitement des fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus ; 4° Signes, diagnostic et traitement des plaies du cœur ; 5° Signes, diagnostic et traitement du mal de Pott sous-occipital ; 6° Infiltration d'urine d'origine urétrale ; 7° Signes, diagnostic et traitement des luxations antéro-internes de l'épaule ; 8° Complications infectieuses de l'avortement provoqué ; 9° Diagnostic de la grossesse utérine au deuxième mois.

Pathologie médicale

Question sortie. — 9° Signes et diagnostic des cancers du foie.

Questions restées dans l'urne. — 1° Erysipèle de la face. Signes, diagnostic et complications ; 2° Signes, diagnostic et complications des oreillons ; 3° Signes et diagnostic de la méningite tuberculeuse de la seconde enfance ; 4° Diagnostic d'une ascite libre ; 5° Signes, diagnostic et traitement de la maladie d'Addison ; 6° Signes, diagnostic et traitement de l'œdème aigu du poumon ; 7° Signes et diagnostic des tumeurs du médiastin ; 8° Maladie d'Osler. Causes, signes et diagnostic.

Anatomie

Question sortie. — 5° Rapports du rein droit.

Questions restées dans l'urne. — 1° Artère fémorale dans le triangle de Scarpa, sans les branches ; 2° Uretère pelvien chez la femme ; 3° Nerf récurrent gauche à partir de son origine apparente ; 4° Muscles fléchisseurs des doigts ; 6° Nerfs grands splanchniques et leur physiologie ; 7° Anatomie et physiologie des nerfs phréniques ; 8° Rapports de l'œsophage à partir de son entrée dans le thorax. Physiologie de l'œsophage sans histologie ; 9° Artère utérine.

Université d'Aix Marseille

Le Dr Belheradek, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Charles IV, à Prague, a reçu le titre de docteur « honoris causa ».

Facultés de Médecine

Bourses de doctorat. — L'ouverture du concours pour les bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés le jeudi 18 juillet 1946.

Les candidats (4, 8, 12, 16 et 20 inscriptions), devront s'inscrire avant le 16 juillet, 18 heures, au secrétariat des Facultés de Médecine. Les candidats doivent être Français, âgés de 18 ans au moins et de 28 ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui passé sous les drapeaux.

Professeurs. — Sont nommés à la classe exceptionnelle : MM. les professeurs Clovis Vincent (Paris) ; Dubreuil (Bordeaux) ; Mocquot (Paris).

Alger. — M. Lacroix, professeur sans chaire, est nommé professeur titulaire de la chaire d'hygiène, hydrologie et climatologie. (Dernier titulaire, M. Giberton.)

M. Duboucher, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique chirurgicale. (Dernier titulaire, M. Costantini.)

Lille. — M. Leclercq, professeur de médecine légale, est transféré dans la chaire de médecine du travail, nouvellement créée.

M. Razemon, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine opératoire, nouvellement créée.

M. Coutelen, professeur sans chaire, est nommé professeur titulaire de la chaire de zoologie pharmaceutique, nouvellement créée.

M. Klein, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de biologie médicale, nouvellement créée.

Lyon. — M. Enselme, professeur sans chaire, est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie biologique. (Dernier titulaire, M. Florence.)

M. Croizat, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie interne.

M. Mallet-Guy, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie chirurgicale, nouvellement créée.

Strasbourg. — M. Gallot, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de parasitologie.

M. le professeur Vaucher est transféré dans la chaire de phtisiologie.

M. le professeur Benoit (d'Alger), est transféré dans la chaire d'embryologie.

M. le professeur Chevallier (de Marseille), est transféré dans la chaire de physique biologique.

Toulouse. — M. le professeur Morel est transféré dans la chaire de pathologie interne.

M. Monnier, agrégé pérennisé (Montpellier), est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie biologique.

Légion d'honneur

Le médecin inspecteur général Rouvillois, président de l'Académie de Médecine, vient d'être élevé à la dignité de grand'croix de la Légion d'honneur.

Santé publique

Commission nationale d'étude des questions obstétricales. — Sont nommés vice-précidents de cette commission : MM. le professeur Porte et le Dr Lamaze.

Sont nommés membres : MM. Lantuéjoul, Lévy-Solal, Ravina, Lepage, Mayer, Chome (Paris), Broussin (Versailles), Mme Mach-Anchel (Paris), MM. Carlotti (Auneau), Foubert (Hénin-Liétard), Gelle (Lille), Mlle Guépratte (Poitiers), M. Guilhem (Toulouse), Mlle Guillermet (Miribel), MM. Heller (Strasbourg), Laffont Alger), Margras (Bourges), Montus (Marseille), Rivière (Bordeaux), Trillat (Lyon), Vermelin (Nancy).

Suite des informations p. 289)

Renseignements

Bureau municipal d'hygiène de Marseille

Un concours sur titres sera ouvert le 15 juillet 1946 aux médecins français des deux sexes à la mairie de Marseille, pour le recrutement d'un chef du laboratoire municipal de biologie et de chimie.

Age limite : 40 ans à la date du concours. Les inscriptions seront reçues jusqu'au 15 juin 1946.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser : Bureau municipal d'hygiène, 6, rue Briffaut, Marseille.

Jeune médecin, ancien int. en chir cherche près chirurg. aide opérat. et petites intervent. Préf. Centre ou Sud-Est. Ecrire : J. D., Bureaux du Journal.

Laborantine expérim. conn. tr. b. anal. chim. bactér. et techn. prélèvem., habit. riv. g ou banl. Sud. Ecr. en indiq. âge, référ. prét. à Pharm., 4, Pl. Porte-Orléans, Paris.

QUELQUES DIFFICULTÉS DE DIAGNOSTIC DU PIED PLAT CHEZ L'ADULTE

par Marcel Lance
Membre de l'Académie de Chirurgie

On a beaucoup trop tendance à considérer le pied plat de l'adulte comme une entité uniforme ; affaissement de la voûte entraînant des douleurs des pieds à la fatigue et justiciable d'un traitement standard : semelles de soutien et exercices d'assouplissement et de développement musculaire.

Au contraire du pied faible de l'enfant et du pied valgus douloureux de l'adolescent dont le diagnostic est facile, le pied plat de l'adulte peut constituer un des « pièges » de l'orthopédie. Et ceci à cause de la variété extrême de la déformation et de ses conséquences statiques, des modifications d'origine endocrinienne et aussi des réactions sympathiques.

Tantôt le pied est très déformé, mais reste très souple, simple continuation de la déformation qui existe chez de grands garçons et de grandes filles poussés trop vite, à la musculature atone et qui ont pris de bonne heure l'habitude de marcher avec les pieds et tout le membre inférieur en rotation externe. Pendant de longues années, tant que les ligaments restent souples, la déformation n'entraîne pas de douleurs locales. Mais après la marche, une station prolongée, il se produit des douleurs aux genoux par tiraillement du ligament latéral interne et des douleurs dans la cuisse et la hanche et c'est de cela que ces patients se plaignent au médecin. C'est la contracture du fascia lata, constatable à la main qui en est la cause.

Duchenne de Boulogne a montré que le fascia lata, congénère du psoas-iliaque pour la flexion de la cuisse, « est principalement destiné à neutraliser l'action rotatrice en dehors de ce dernier muscle ». C'est la lutte contre la rotation externe du membre entraînée par le valgus qui cause cette contracture.

Hendrix et Kempeneers (Soc. Belge d'Orthop., 28 janvier 1937) ont bien montré que le valgus du pied avec rotation des membres inférieurs entraîne la marche en flexion des genoux et des cuisses. Il en résulte une lordose lombaire et une cyphose dorsale de compensation. Aussi peut-on voir ces malades se plaindre de douleurs des reins (lordose douloureuse) ou encore entre les omoplates, la base du cou et les épaules (contracture douloureuse des trapèzes), tous accidents qui disparaissent lorsque le port de souliers orthopédiques et d'un corset type lombo-stat. ont rétabli une statique normale.

Dans une autre forme, le pied, très souple, reste bien dirigé dans le sens antéro-postérieur, sans rotation externe du membre, mais il pivote en masse en pronation surtout au niveau de la sous-astragalienne. Si on fait tomber le fil à plomb du milieu de la rotule on voit que l'axe du membre, au lieu d'aboutir au milieu du pied, aboutit au bord interne ou même en dedans de lui. Le malade marche « à côté de ses pieds ». Aussi, s'il n'accuse pas de douleurs de ceux-ci, se plaint-il de crampes, tiraillements dans les jambes, les cuisses, la fatigue persistant parfois la nuit. « Il est facile de constater le bien fondé de ces affirmations a dit jadis Privat (*L'Evolution chirurgicale*, oct. 1921, p. 235) en constatant sur soi-même le travail musculaire considérable et varié que nous sommes obligés de faire pour marcher sur le bord externe du pied et par conséquent relever son bord interne. Non seulement dans cet acte interviennent les muscles de la jambe, mais encore ceux de la cuisse, en particulier le moyen fessier ».

A l'opposé de ces pieds très déformés et provoquant des douleurs à distance, il faut placer le pied douloureux, *non déformé*, dont la cambrure peut même être exagérée en pied creux, que l'on trouve chez des femmes élégantes ayant toujours porté des hauts talons et soigneusement entretenues dans l'idée qu'il s'agit de rhumatismes. Ce sont des pieds qui ne se laissent pas affaisser. La musculature ne suffisant plus à soutenir le pied, ce sont les ligaments qui ont perdu leur souplesse de l'enfance, et qui, rétractés par la position en pied creux longtemps prolongée, s'opposent à l'affaissement de la voûte, mais les ligaments sont très riches en terminaisons sensitives. Leur tiraillement cause d'intolérables douleurs. C'est sur cette constatation qu'est basée la méthode de lutte japonaise du jiu-jitsu. Pour dépister l'origine des douleurs il faut rechercher les deux points de touche principaux des tiraillements ligamentaires dans le pied plat : le premier au niveau de l'extrémité interne de l'interligne médio-tarsien et des ligaments astragalo scaphoïdiens, clef de voûte de l'arc interne du pied ; le second, immédiatement en arrière de la base du cinquième métatarsien, au niveau des ligaments qui unissent le cuboïde, clef de voûte du pilier externe du pied, aux os voisins. La douleur intense, qui « porte au cœur », disent les malades, que la pression réveille en ces deux points, permet d'affirmer que le pied tend à s'aplatir. Mais il faut bien se garder de prononcer le terme de pied plat, d'ailleurs inexact et dans ce cas, et se contenter de celui, moins offensant, de « pied faible ».

Entre ces deux extrêmes on peut placer, avec ses variétés multiples, le pied plat véritable avec affaissement progressif de la voûte plantaire. Souvent il s'accompagne d'un valgus marqué de l'arrière-pied, tandis que l'avant-pied, pour maintenir le contact avec le sol, est obligé de se porter en varus, ce qui explique la torsion de la chaussure qui se déforme et que si c'est la partie interne du talon qui s'affaisse, c'est le bord externe de la semelle qui subit l'usure. Parfois le valgus s'étend surtout à l'avant-pied, donnant au bord externe du pied une forme angulaire. Plus rarement on voit avec une bascule minime du calcanéum un véritable tassement du pied, avec abaissement progressif de la saillie du scaphoïde dans la station debout à un centimètre à peine du sol au lieu des deux centimètres et demi de la normale. La radiographie, prise debout, montre bien cette subluxation du scaphoïde vers le bas, et qu'il ne s'agit pas d'une simple pronation du pied. Il s'agit d'ailleurs en général d'une déformation professionnelle, chez des sujets astreints à de longues stations debout (vendeurs de grands magasins, agents de police, etc.). Ce tassement s'accompagne d'un allongement progressif du pied, tel ce gardien de la paix qui en cinq ans avait passé de la pointure 40, à 41 et 42. Dans ces cas les douleurs sont très variables, tantôt survenant par crises, très violentes au niveau des pieds, plus souvent se traduisant par des crampes ou tiraillements à distance. Les malades se plaignent de crampes dans les mollets, tout le long de la jambe, et le tibia peut sembler douloureux. Nous avons vu récemment une jeune fille chez laquelle, en raison de son hérédité, on pensait à un tibia spécifique. La douleur siégeait tantôt dans une jambe, tantôt dans l'autre, en fin de journée, jamais la nuit ; le tibia était insensible à la pression... et elle avait des pieds plats. Dans ces cas, à défaut de rhumatismes, on accuse volontiers des varices « internes » qui naturellement sont invisibles.

D'autres malades se plaignent du talon. Cette douleur du talon dans le pied plat peut avoir deux causes principales. L'allongement progressif du pied distend les muscles plantaires qui s'insèrent par une masse tendineuse et aponévrotique à toute la face inférieure de la grosse tubérosité du calcanéum. C'est au niveau des tendons surtout que siègent les terminaisons sensitives. C'est là que se localise la douleur. Il faut beaucoup se méfier d'attribuer ces douleurs aux épines osseuses que révèle la radiographie. Leur ablation ne soulage pas souvent les malades qui sont ordinairement porteurs de pieds plats. Une semelle de soutien leur est parfois plus utile. Il en est de même pour les douleurs siégeant en arrière du calcanéum, à l'insertion du tendon d'Achille. Duchenne de Boulogne a montré que le triceps sural est un supinateur ; mais, dans le pied plat, par suite du valgus du calcanéum, il devient pronateur et supporte de ce fait un tiraillement continu pouvant entraîner à des crises douloureuses, attribuées bien souvent à une bursite rétro-calcanéenne toute imaginaire.

L'action des glandes endocrines a une certaine influence sur l'évolution du pied plat. Plusieurs auteurs, en particulier Février, ont insisté sur un rythme d'affaissement de la voûte plantaire suivant la courbe de l'évolution menstruelle. Pendant toute l'évolution de la grossesse, malgré le poids surajouté du faix, les crises douloureuses du pied plat sont rares, tandis qu'il est extrêmement fréquent de voir les jeunes accouchées se plaindre de douleurs des pieds, crise que le séjour au lit, parfois très court, ne suffit pas à expliquer. A la ménopause enfin, la déchéance musculaire brusque entraîne une déformation rapide des pieds : étalement de l'avant-pied avec hallux valgus et orteils en marteau consécutifs.

Mais ce sont les réactions du grand sympathique qui sont l'origine de la symptomatologie la plus troublante du pied plat. On n'a guère signalé ces faits et nous voudrions y insister.

Les porteurs de pieds plats sont sujets à « se faire des entorses » et la répétition d'entorses sans cause légitime doit faire soupçonner un pied plat. En dehors de ces entorses aiguës, dans le pied plat, les ligaments de certaines articulations sont soumis à des tiraillements continuels, véritables entorses chroniques. Or, comme y insiste le professeur Leriche, les ligaments sont très riches en terminaisons sensitives. Leur irritation continue amène et entretient des réactions sympathiques : douleurs vagues, instables, à territoire mal défini, hyperesthésie cutanée, troubles vaso-moteurs et trophiques étendus, œdèmes des téguments, décalcifications osseuses.

Il y a une quinzaine d'années nous sommes appelé à voir un homme de 40 ans environ, employé de grand magasin, qui en même temps que des douleurs du cou de pied datant de plusieurs semaines avait vu celui-ci enfler considérablement ainsi que le bas de la jambe. Le diagnostic de rhumatisme avait été porté. Le salicylate restant sans action, une radiographie fut pratiquée. Elle montra une décalcification nette du pied et de la jambe. On craint alors une tumeur blanche et on me demande de voir le

malade. Bien que celui-ci fût au lit depuis quinze jours, le pied est encore maintenu en valgus, par une contracture tenace. Le cou de pied et le bas de la jambe sont le siège d'un œdème considérable, œdème dur, un peu rosé, la peau est froide, luisante. La radiographie montre une décalcification étendue mais qui n'est pas générale, uniforme. Elle se fait par zones, donnant un aspect moucheté. Je pense à une complication de pied plat : la mise en appareil plâtré sous anesthésie, puis ensuite les massages et la diathermie ont fait disparaître les symptômes. Le port de souliers appropriés en a évité le retour.

Tout récemment j'ai été appelé pour une ostéite du pied auprès d'un jeune homme d'une trentaine d'années, ancien déporté en Allemagne, où il avait été roué de coups. Il marche difficilement, boite depuis plusieurs semaines et accuse une douleur vague dans toute la partie externe du pied. On trouve au niveau du cuboïde une zone d'œdème dur. La pression n'est pas très douloureuse sur l'os lui-même, mais dès que l'on appuie autour du cuboïde, particulièrement en arrière de la base du cinquième métatarsien, elle est si intense que le malade retire brusquement son pied. La radiographie ne montre pas de lésion osseuse ou articulaire mais une décalcification nette étendue à tout le pied. Le diagnostic est fait. Je pratique séance tenante une infiltration de novocaïne tout autour du cuboïde, une deuxième a lieu deux jours plus tard, le malade ne souffre plus et l'œdème a disparu deux ou trois jours après.

Ces troubles d'origine sympathique sont portés à leur extrême dans cette complication, heureusement rare, de l'étalement de l'avant-pied, du gril métatarsien, que l'on voit chez la femme portant des hauts talons, nommée maladie de Morton. Outre le « pied rond » avec la saillie plantaire des têtes des deuxième et troisième métatarsiens et les durillons douloureux qui en sont la conséquence, on voit chez quelques sujets apparaître des troubles d'ordre sympathique : ce sont des douleurs à type causalgique, hyperesthésie de la peau rendant la présence d'un soulier intolérable, brûlures profondes surtout à la chaleur du lit, œdème énorme de tout l'avant-pied, peau lisse, rosée, sur laquelle le simple contact de l'air détermine l'apparition d'une rosée de sueur. L'origine de la maladie de Morton est très discutée, ainsi que son traitement. Le début nous semble bien dû à l'entorse chronique des ligaments de l'avant-pied, car leur infiltration à la novocaïne d'abord, puis au lipiodol, amène la guérison dans les cas récents, mais le traitement améliore seulement les cas anciens. Il semble d'ailleurs qu'il s'agisse de sujets prédisposés : femmes à système sympathique particulièrement sensible et à psychisme anxieux.

Si nous rappelons ces faits c'est pour bien marquer l'importance qu'il faut attacher à la présence de troubles sympathiques dans la pathologie du pied plat : douleurs vagues, hyperesthésie de la peau, œdème, ostéoporose, loin de faire éloigner le diagnostic de pied plat, doivent y faire penser. Si l'on admet que la conséquence constante de cette déformation est une entorse à répétition, si l'on doit être étonné d'une chose, ce n'est pas de leur présence, mais de ne pas les trouver plus souvent.

Dans le pied plat, la radiographie peut révéler d'autres lésions que l'ostéoporose. Ce sont des productions ostéophytiques. Tout ligament chroniquement étiré se défend en se calcifiant, s'ossifiant. Telle est l'origine de l' « exostose » du premier cunéiforme si fréquente dans le pied plat, de celle, plus rare du col de l'astragale, rendues douloureuses par le frottement de la chaussure. Les enlever, faire suivre cette exérèse d'un soutien du pied, c'est s'exposer, je l'ai vu, à la récidive.

La radiographie révèle d'autres lésions ; chez les sujets âgés, à la décalcification se joint des déformations des os présentant des spicules et des dépôts calcaires intra-ligamentaires. On est trop porté à les attribuer à du rhumatisme déformant, sans songer qu'un support approprié du pied est souvent plus nécessaire au patient qu'une médication antirhumatismale.

Nous pourrions multiplier les exemples de ces causes d'erreur de diagnostic dont le pied plat est une cause journalière. Nous pensons en avoir assez dit pour justifier ce conseil : en face de douleurs non expliquées des membres inférieurs, hanches, dos, d'œdème douloureux du pied et du cou de pied, de décalcification ou productions ostéophytiques montrées par la radiographie, il ne faut pas négliger de rechercher le pied plat, en s'en rapportant bien plus à la constatation des points douloureux révélateurs qu'à la forme du pied. La correction de l'affaissement plantaire causera bien souvent une heureuse surprise.

REMARQUES STATISTIQUES ET MÉDICALES SUR LES TROUBLES MENTAUX POST-ENCÉPHALITIQUES

par MM. M. Leconte et A. Damey

Frappés de la fréquence rarement signalée, d'où peu recherchée, de l'association des étiologies chez les malades mentaux, nous avons poursuivi systématiquement nos recherches dans les troubles mentaux post-encéphalitiques cette fois (1).

La colonie d'Ainay en compte actuellement seize. Voici l'enseignement que nous apportent leurs observations.

Dans six cas, l'étiologie « encéphalitique » n'a été relevée qu'à la Colonie.

La raison nous en semble imputable à la conception de la psychiatrie trop répandue, qui fait baptiser maladies de simples syndromes.

Deux observations en feront une démonstration claire.

Observation I : M... Louis, 42 ans.

Certificat d'entrée, le 20 juin 1935, Préfecture de police. — Ce malade, amené pour des accès de violence, présente des idées délirantes de persécution. Il raconte qu'il est la proie des fluides dont il tente d'expliquer la nature. Puis, il accuse des personnes d'user de ce moyen pour influencer ses actes. A ce thème, se joignent des idées d'invention mégalo-maniaques. Il a découvert le mystère de l'incarnation. Déjà interné pour un épisode semblable. Réflexes pupillaires et tendineux normaux. Benjoin 00000.02100.00000.0. Albumine 0,32, deux lymphocytes.

Dr B.

Sainte-Anne, immédiat, 22 *juin* 1935. — Subexcitation psychique. Idées délirantes d'influence et de persécution. Idées mystiques. Pauvreté du délire. Pas de signes neurologiques. Liquide céphalo-rachidien normal. Aurait eu un accès d'agitation violente.

Dr S.

Sainte-Anne, quinzaine, 5 *juillet* 1935. — Débilité mentale. Subexcitation psychique, propos mystiques sans idées délirantes vraies, prétentions scientifiques ? Depuis des années, existence oisive et misérable. Alcoolisation épisodique avec réactions impulsives. Quelques réserves sur la possibilité d'un processus schizophrénique.

Dr T.

Sainte-Anne, 3 *mai* 1936, *transfert.* — Débilité mentale avec excitation épisodique sous l'influence d'excès éthyliques. Idées délirantes mal systématisées à thème d'influence et de persécution actuellement partiellement disparues.

Dr U.

Vaucluse, immédiat, 31 *mai* 1936. — Discordance, ralentissement psychique, laxité des associations. Aurait présenté des symptômes d'ordre paranoïde ; réticence actuelle.

Dr. V.

Vaucluse, le 19 *octobre* 1938, *transfert.* — Est atteint de démence précoce.

Dr W.

Braqueville, immédiat, 21 *octobre* 1938. — Ralentissement psychique, apathie, peut-être inquiétude et méfiance. Attitude soudée, facies inexpressif, avant-bras et doigts en flexion, tremblement de la langue, des lèvres et des doigts se généralisant facilement à tout le corps. Réflexes tendineux exagérés. Pas d'ataxie nette. Légère dysarthrie. A observer au point de vue parkinsonnien, peut-être post-encéphalitique.

Dr X.

Braqueville, quinzaine, 5 *novembre* 1938. — Troubles mentaux en activité depuis environ sept ans. Fixation actuelle dans l'indifférence. Facies inexpressif, aspect soudé. A présenté autrefois un délire très actif. Inactivité probablement démentielle.

Dr X.

Braqueville, transfert, 6 *mai* 1939. — Schizophrénie. Rétrécissement autistique de la personnalité, désintérêt, incuriosité, indifférence.

Dr Y.

Ainay-le-Château, immédiat, 23 *mai* 1939 — Syndrome hébéphrénique ; conservation des attitudes, indifférence apparente. Vivacité tendineuse.

Dr Z.

---

(1) Aperçu statistiques et médicaux sur les traumas craniens chez les malades internes (*Semaine des Hôpitaux*, 21 octobre 1945).

Ainay-le-Château, quinzaine, 6 *juin* 1939. — Démence hébéphréno-catatonique. Calme.

Dr Z.

Examen actuel : Age mental, tests Binet et Simon, quinze ans. Ralentissement de toutes les activités psychiques, émotionnelles, volitionnelles, sexuelles. Pseudo-indifférence, hyper-émotivité, paroxystique. Bonne conservation de l'affectivité, pas de discordance. Pas de délire. Regrets d'être malade. Pas de catatonie, mais une raideur plus accusée à gauche, perte du balancement associé à la marche et adiadococinésie. Clonus rotulien à gauche. Tremblement généralisé. Facies figé et huilé. Parésie de la convergence.

Signalons, dès à présent, pour ce malade, le faisceau étiologique : important alcoolisme avoué et caféisme. Traumatisme cranien, avec perte de connaissance durant trois heures à l'âge de deux ans, chute d'un étage dans une chaise d'enfant. Tuberculose maternelle. Insuffisance testiculaire et pilosité déficiente). Cicatrices de nombreux furoncles et anthrax.

Sérologie. — Sang : BW, Hecht Meinicke, Kahn, négatives. Urée : 0,55, cholestérine : 1,90.

L. C. R. : BW, négatif, benjoin, 00000.00100.00000 0, chlorures, 7,31 o/oo, cytologie, 0,5 au m/m³, albumine, 0,30 o/oo ; sucre 0,80 o/oo.

Nous avons retrouvé dans l'anamnèse un épisode confuso-onirique à l'âge de vingt-huit ans, avec hyperthermie et fatigue, dépression nerveuse, invasion vraisemblable d'une encéphalite épidémique, dont il est facile de retrouver les signes au milieu des certificats cités, même avant que le Dr P., de Braqueville, ait posé la question.

Observation II : G... Marcel, 20 ans.

Certificat d'entrée, 26 *mars* 1930. — Encéphalite épidémique datant de cinq mois. Troubles respiratoires, essouflement. Ebauche de syndrome parkinsonien. Troubles du caractère irritabilité, turbulence, malignité, bris de vitres.

Dr N.

Sainte-Anne, immédiat, 28 *mars* 1930. — Troubles du caractère consécutifs à une atteinte récente d'encéphalite épidémique. Troubles respiratoires.

Dr V.

Vaucluse, quinzaine, 15 *avril* 1930. — Bon niveau mental de 11 à 12 ans, mais séquelles physiques et mentales d'encéphalite épidémique. Troubles respiratoires. Turbulence.

Dr V.

Vaucluse, adultes, 20 *juillet* 1937. — Troubles post-encéphalitiques. Myoclonies et spasmes faciaux par intervalles de plus en plus rares. Assez déprimé en ce moment, anxieux. S'est évadé de la colonie et y est revenu spontanément. Excellent travailleur doux et calme. Poussée fébrile en 1936.

Dr Z.

Ainay-le-Château, immédiat, 23 *février* 1939. — Séquelles frustes d'encéphalite épidémique, présenterait des troubles du caractère, avec impulsivité et turbulence. Pas de signes extra-pyramidaux actuels.

Dr Z.

Ainay-le-Château, quinzaine, 9 *mars* 1939. — Séquelles d'encéphalite épidémique. A maintenir.

Dr Z.

Examen actuel. — Age mental, aux tests de Binet et Simon, quinze ans. Signes de la lignée parkinsonnienne : réflexes tandineux vif, clonus rotulien, balancement associé à la marche légèrement freiné et asymétrique, phénomène de la roue dentée aux deux bras, pupilles irrégulières réagissant bien

On note également : oreilles palmées, tubercule de Darwin, voûte palatine ogivale. Implantation basse du cuir chevelu. Petite cicatrice à l'angle externe de l'œil gauche. Cœur : clangor au deuxième bruit à la base. T. A. : 15-8.

Etat mental : ralentissement des associations, sans relâchement, mais dysmnésie de l'évocation. Indifférence notable et apathie. Apragmatisme sexuel. Diminution de l'activité. Petit élément de parasitisme facial.

Sérologie. — Sang : BW, Hecht, Meinicke, Kahn, négatives. Urée : 0,51, cholestérine : 2,10.

L. C. R. BW, négatif, benjoin, 00000.01100.00000.0, chlorure, 6,97 o/oo, cytologie, 0,2 au m/m³, albumine, 0,27 o/oo, sucre, 0,87 o/oo.

Le faisceau étiologique est fait, ici, de stigmates physiques de dégénérescence, léger hérédo-alcoolisme et une hérédité maternelle et collatérale importante au point de vue tuberculose. Signalons une pleurésie séro-fibrineuse du malade. Nous avons signalé le clangor. Donnons l'origine de la cicatrice angulo-oculaire : le malade y est reçu, à l'âge de 12 ans, un javelot et perdit connaissance pendant quelques heures. Rappelons la première atteinte d'encéphalite à l'âge de 15 ans.

Ce deux observations présentent des insuffisances dans des sens contraires. En effet, si dans la première, n'avait été surtout envisagé que le syndrome psychique, baptisé schizophrénie, en y rattachant, d'une manière inconsciemment artificielle, les divers symptômes neurologiques, dans la deuxième, on fut ébloui par la connaissance de l'étiologie post-encéphalitique, quelqu'atténuées qu'en soient les séquelles neurologiques, sans avoir recherché jamais à en décrire objectivement le syndrome mental.

Pourquoi le premier malade fut-il pris pour schizophrène, et, aussi bien, pourquoi le deuxième ne le fut-il pas ? D'ailleurs, l'état schizophrénique ne semble pas s'être imposé d'emblée, si nous nous en rapportons à la mutabilité des diagnosties qu'il a justifiés ; épisode délirant, débilité mentale, excitation psychique, discordance d'ordre paranoïde, démence précoce, indifférence démentielle, hébéphrénocatatonie.

Il est permis de douter, dans un tel état de choses, de la valeur des renseignements fournis par ce malade à la statistique.

D'autre part, pourquoi le deuxième malade ne serait-il pas enregistré comme schizophrène dans ladite statistique ? Car enfin, le but poursuivi n'est-il pas la recherche des causes et des conditions d'apparition des maladies mentales ? Or, voici deux cas où les syndromes schizophréniques présentent cette intéressante particularité d'être sous la dépendance de l'étiologie post-encéphalitique. Ne serait-il pas plus rationnel de faire systématiquement un diagnostic en deux parties : 1° syndrome psychique ; 2° étiologie ou, bien plus souvent, nous semble-t-il, étiologies associées.

Nous avons signalé la mutabilité des diagnostics dans le cas du premier malade ; examinons, sur la totalité de nos seize cas, dans quelles entités ils ont été rangés, c'est-à-dire quels syndromes ils ont présentés. Nous étudierons ensuite quelles étiologies ont été relevées par les divers certificateurs.

On constate, une fois de plus, la plus grande variété des diagnostics. On a parlé :

— 10 fois de troubles mentaux post-encéphalitiques,

— 7 fois de troubles du caractère,

— 6 fois de déséquilibre psychique,

— 7 fois d'imbécillité ou de débilité mentale. Remarquons à ce sujet que, dans trois cas, l'âge mental s'est révélé au moins égal à 15 ans. Mais l'aspect spécial parkinsonnien peut en imposer pour la débilité mentale, sans la pratique systématique des tests.

On voit donc la grande part de la routine asilaire, et combien il est urgent que s'instruise et se développe une doctrine médicale, celle de la médecine psychiatrique que l'exercice quotidien de notre métier nous encourage à défendre chaque jour davantage.

— 2 délires hallucinatoires, plus ou moins bien systématisés,

— 4 fois des états d'excitation, et

— 3 fois des états de dépression,

— 5 fois, enfin, syndrome de démence précoce, d'hébéphrénie ou de schizophrénie. Rappelons ici que Cruchet faisait remarquer l'identité des lésions encéphalitiques de la démence précoce et de l'encéphalite épidémique.

Cette énumération montre que, pour seize malades mentaux, il a été porté successivement 46 diagnostics différents. Nous voilà bien loin du dogme de la « maladie mentale ».

Bien au contraire, la liste des étiologies signalées avant notre recherche systématique est très pauvre :

— 10 fois on trouve mention de l'encéphalite épidémique,

— 2 fois on trouve mention de l'alcoolisme,

— 2 fois on trouve mention de la syphilis.

soit quatorze étiologies pour seize maladies mentales.

Notre recherche personnelle, à la lumière de notre doctrine clinique révolutionnaire, nous donne une liste plus longue :

— 11 fois des stigmates dysmorphiques dits de dégénérescence, 68 % ;

— 5 fois la tuberculose personnelle, 31 % ;

— 6 fois la tuberculose de la mère, 37 % (l'élément tuberculose figure ainsi chez 9 de nos malades, soit 56 % ;

— 7 fois l'alcoolisme, 44 % ;

— 3 fois l'hérédo-alcoolisme, soit 18 % ;

— 7 fois la notion de traumatisme cranien grave, soit 44 % ;

— 3 fois la notion de syphilis, 18 % (dont une fois l'hérédo-syphilis) ;

— 3 fois des antécédents psychosiques divers ;

— 4 fois des signes d'artério-sclérose ;

— 3 fois : insuffisance glandulaire.

— 3 fois la notion de caféisme et

— 1 fois la typhoïde.

Nous obtenons un faisceau étiologique constitué en moyenne de trois ou quatre éléments.

Ceci montre bien la constante insuffisance de la recherche des étiologies dont nous voyons qu'elles sont toujours multiples,

même dans le cas de troubles mentaux post-encéphalitiques, ainsi d'ailleurs que l'un d'entre nous l'a déjà rapporté à propos de beaucoup de maladies et d'étiologies.

Nous voulons aussi insister un instant sur la fréquence des stigmates physiques de dégénérescence, rencontrés dans près de 70 % des cas. Cette remarque confirme une constatation que l'un d'entre nous a déjà faite au cours d'un travail avec Marty (2), à propos des P. G., c'est la présence d'un traumatisme cranien, dans tous les cas où l'on ne notait pas de stigmates physiques de dégénérescence. Il semblerait qu'on doive invoquer une fragilisation du neurone identique pour l'un ou l'autre des processus, congénital ou acquis.

Seul le malade G..., Marcel, observation n° 2, est un de nos traumatisés, léger d'ailleurs, qui présente des stigmates dystrophiques dégénératifs.

Les autres sont :

— Le cas M..., Louis, notre observation n° 1, où l'alcoolisme a achevé de donner son allure mentale aux troubles post-encéphalitiques.

— Le cas P..., François, commotion : obus qui éclate sur le parapet et l'enterra vivant. Apparition d'un syndrome parkinsonnien post-encéphalitique cinq ans après. Notons encore la cicatrice pariétale droite par l'éclatement d'un bol jeté par sa conjointe, peu avant l'internement, et ayant provoqué une perte de connaissance importante, sommation ultime du faisceau étiologique.

— Le cas E..., André, chute sur le crâne vers 9 ans, coma, trépanation médio-cranienne supérieure. Atteinte d'encéphalite antérieure au traumatisme à l'âge de 6 ans ; internement à 11 ans.

— Le cas P..., Maurice, chute de cheval avec perte de connaissance et impotence pendant un mois du côté gauche. Parkinson deux ans après, avec latéralisation de la raideur et du tremblement. Tuberculose ganglionnaire.

— Le cas D..., André, encéphalite à 15 ans, internement à 16 ans. Naissance difficile, vraisemblablement traumatisante, ainsi que l'a prouvé, l'année suivante, la mort en couches de la mère et d'un frère (fibrome).

— Le cas G... Jean, encéphalite épidémique à 9 ans, traumatisme important à 11 ans, avec coma ; internement à 18 ans.

Cette énumération montre que l'association du traumatisme et de l'encéphalite est susceptible de créer un faisceau psychogène aboutissant à l'internement.

Pouvons-nous encore signaler que les trois cas de caféïsme, relevés chez nos seize malades, se rapportent tous à des traumatisés.

L'étiologie alcool est à considérer sous plusieurs angles : dans trois cas, elle est faite d'hérédo-alcoolisme et s'accompagne toujours d'imbécillité ou de débilité mentale confirmée par les tests. Le quatrième imbécile est le malade P..., Maxime, hérédo-syphilitique. Ces quatre oligophrènes sont encore liés par la notion de suggestibilité ayant entraîné la délinquance.

Nous avons noté, sur la totalité de nos seize malades, deux tatoués. Ils sont tous les deux hérédo-alcooliques. Le troisième a été interné très jeune.

Dans trois cas, l'étiologie alcool était si massive qu'elle est seule indiquée dans le certificat d'entrée, avec la mention de délires, hallucinatoires dans le premier cas, de jalousie dans le deuxième et de persécution dans le troisième.

Enfin, dans les quatre autres cas où l'étiologie alcool est moins massive, il y a une forte dominante de déséquilibre psychique.

Quant à l'artério-sclérose, elle est très nette chez quatre de nos seize malades : P..., François, 57 ans ; H..., Frédéric, 46 ans ; P..., Max, 34 ans et P..., Marcel, 30 ans ; deux débiles mentaux, un déséquilibré psychique et un parkinsonnien à troubles du caractère.

Nous avons déjà signalé la fréquence de l'hérédité tuberculeuse pulmonaire maternelle. Cette tuberculose maternelle a toujours évolué au cours de la grossesse ou peu après par exemple : B..., mère morte de tuberculose quand il avait quatre mois ; P..., mère morte de tuberculose quand il avait dix ans, il l'a toujours connu malade ; G..., pupille de l'Assistance Publique depuis l'âge de deux ans, après la mort par tuberculose pulmonaire des deux parents.

Vraisemblablement le fœtus a été fragilisé par la tuberculose de deux manières : sensibilisation à l'encéphalite épidémique et influence sur son évolution vers une forme schizophrénique : 80 % des cas à tendances schizophréniques et 66 % des encéphalites avec hérédité tuberculeuse maternelle.

Dans un autre travail (3), nous avons indiqué, à côté de l'hypercholestérinase du parkinsonnien post-encéphalitique, la note hypocholestérinémiante qui escorte la notion de tuberculose.

C'est encore chez ces malades que nous avons cru noter une certaine prédisposition aux maladies infectieuses : une otite, deux érysipèles, quatre cas de furonculose ou d'anthrax à répétition et une typhoïde. Ne pourrait-on invoquer une certaine faiblesse des défenses naturelles de l'organisme chez ces malades ?

Nous avons noté ce qu'a de vain le dogme de l'existence de « maladies mentales ». Tous nos travaux en montrent le danger.

La mutabilité des syndromes est bien plus fréquente que l'évolution suivant les normes des maladies mentales. C'est qu'il ne s'agit pas, en réalité, d'entités nosologiques.

Un certificat devrait se borner à la mention du syndrome dominant au temps de l'examen, sans préjuger de l'évolution, mentionnant au besoin le sous-syndrome que d'aucuns prennent pour une psychose associée.

Ce qui apparaît constant, d'après l'examen des séries des certificats des dossiers, c'est plutôt l'absence de règles prévisibles et fixe dans l'évolution des maladies mentales (4).

Le certificat devrait, en outre, après l'énoncé de ce syndrome dominant actuel, comporter l'énumération du faisceau étiologique dont nous avons montré, ici, la constance.

Nous plaçons systématiquement au deuxième plan cette notion d'étiologie. En effet, les malades ne sont pas internés pour une étiologie, mais pour un trouble mental. Le rôle de l'aliéniste cède au premier temps du psycho-diagnostic ; celui du psychiatre commence au second temps, le stade étiologique de l'examen.

Si notre malade n° 2 a été interné, ce n'est pas pour « séquelles d'encéphalite épidémique » (9 mars 1939), mais pour « troubles du caractère » (28 mars 1930). (Bien des encéphalitiques ne seront jamais internés).

C'est encore de cet esprit que devra s'inspirer une statistique réellement efficace. Elle ne saurait fournir, autrement, que des résultats faussés. Cette statistique devrait signaler, sous une forme synoptique, aussi bien des syndromes que des étiologies.

Mais il est un autre point de vue que ce travail permet d'envisager : c'est celui de l'hygiène mentale. Nous avons montré comment l'encéphalite épidémique, seule, ne suffit pas à déclencher des troubles mentaux. S'inspirant de ce fait, nous mettrons ces malades en garde contre les diverses causes étiologiques rencontrées au cours de ce travail, et dont ils se préserveront dans la mesure où elles sont évitables :

— Toxiques (alcoolisme, caféïsme, etc.).

— Maladies infectieuses : tuberculose, syphilis, typhoïde, etc.

— Les traumatismes enfin, devront toujours être pris en considération au point de vue médico-légal et pronostic.

En envisageant ainsi la psychose comme déclenchée par des étiologies multiples, nous aurons sans doute la possibilité d'agir par une thérapeutique efficace sur quelques-uns de ces éléments d'apparition et d'entraîner ainsi, si l'on peut s'y prendre de manière suffisamment précoce, une amélioration décisive de l'état mental par les diverses méthodes préventives de l'hygiène générale et mentale.

Si l'on s'était attaqué très tôt, chez le malade P..., à l'hérédo-syphilis, puis à l'insuffisance testiculaire, n'est-il pas légitime d'imaginer que l'encéphalite n'aurait pas déclenché les troubles mentaux ni occasionné la charge sociale de l'internement d'office de cet incendiaire ?

Le faisceau étiologique le moins chargé est celui de P..., Maurice, dont l'état mental est des plus discrets et comporte l'encéphalite épidémique et un traumatisme important, et les plus chargés, ceux de B..., Désiré, stigmates de dégénérescence, hérédo-alcoolisme, alcoolisme, typhoïde, syphilis, pleurésie séro-fibrineuse ; de H..., Frédéric, dégénérescence, alcoolisme, tuberculose maternelle et personnelle, caféisme, antécédents psychosiques, artério-sclérose, et de P..., Marcel, dégénérescence, hérédo-alcoolisme, alcoolisme, tuberculose maternelle et artério-sclérose.

Il faut appliquer à la médecine psychiatrique les méthodes de la pathologie générale.

Il serait intéressant de connaître l'avis de nos confrères neurologues et de médecine générale sur les autres encéphalitiques qui ne viennent pas jusqu'à nous.

Notre métier d'aliéniste ne nous donne pas le droit de nous croire meilleurs psychiatres que nos confrères de clientèle ou des hôpitaux. Il ne nous montre qu'un aspect des choses. C'est par la collaboration de tous, que nous progresserons en connaissance et en thérapeutique.

Cette étude permet à nouveau d'affirmer les principales règles de notre conception de la médecine psychiatrique.

Les maladies mentales sont un mythe. Il n'y a que des troubles dont il faut rechercher la ou les causes.

La mutabilité des diagnostics et des syndromes est la règle en psychiatrie.

---

(2) La paralysie générale est-elle de nature exclusivement syphilitique (*Gazette des Hôpitaux*, 1er mars 1945).

(3) Etude du cholestérol chez les malades mentaux chroniques, *Gazette des Hôpitaux*, 1er janvier 1946.

(4) La notion du syndrome dominant, *Gazette des Hôpitaux*, 15 avril 1946.

Après avoir évité le piège des entités mentales, il faut avoir sans cesse présente à l'esprit la règle du faisceau et de la sommation étiologiques.

Pour être un psychiatre véritable, il faut à la fois procéder au psycho-diagnostic et au somato-diagnostic de nos malades. Leur état psycho-somatique constitue un tout indissoluble. Il n'y a pas de médecine véritable en psychiatrie sans recherche étiologique, cette recherche presque officiellement méprisée dans les asiles, où son absence cause encore des drames lamentables (5).

(5) Voir Baruk (H.), *Psychiatrie médicale*, p. 702.
« Il est beau de faire des discussions nosographiques, mais avant tout cherchons l'étiologie. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 11 juin 1946

Présence de cellules géantes dans les ganglions syphilitiques. — MM. Levaditi, Coste et Vaisman. — Les ganglions satellites du chancre de l'homme sont virulents pour le lapin avant un traitement d'attaque arsénobismuthique ; ils perdent leur virulence à la fin de la cure, ce qui témoigne en faveur d'une stérilisation profonde. Un ganglion syphilitique primaire contenait, de plus, de nombreuses cellules géantes et quelques rares tréponèmes. Ces cellules géantes qu'on peut voir même aux stades les plus tardifs de la syphilis, témoignent d'un état allergique présent chez les uns, absent chez d'autres.

Importance relative des voies sanguine et lymphatique pour l'absorption des médicaments. (Cas des sulfamides.) — MM. Fabre, Régnier et Grasset. — Les expériences faites avec la paraminosulfamide démontrent la prééminence de la voie sanguine sur la lymphatique, les sulfamides envisagés passant très rapidement dans le sang.

Il convient toutefois de ne pas négliger l'absorption par voie lymphatique dans les études thérapeutiques ou toxicologiques, car le produit absorbé passe à son tour rapidement dans la circulation.

Recherche sur la virulence des laits provenant de vaches atteintes de tuberculose. — MM. Verge, Raoul-Duval et Dabrigeon. — Avec des laits provenant uniquement de vaches tuberculeuses (25 % dans la Loire), on s'est efforcé de tuberculiser des cobayes. Sur 53 laits crus, 3 seulement (5,66 %) renfermaient des bacilles ; la virulence des laits est « à éclipses » et se fait le plus souvent dans la mamelle même, en l'absence de lésions macroscopiques. Tout lait cru de ces animaux doit donc être proscrit de l'alimentation ; la pasteurisation n'est qu'un pis aller sans fidélité absolue. Un lait sain ne peut provenir que d'animaux sains en étable saine et étroitement surveillés par un vétérinaire.

Sur les caractéristiques du climat briançonnais, conditions optimæ pour la cure de la tuberculose. — M. Armand-Delille. — Le climat de Briançon réunit heureusement les avantages de la montagne et ceux de la Provence au point de vue régime aérien, climat, luminosité, orientation et protection. Il donne des résultats remarquables, tant pour la tuberculose pulmonaire, que pour les tuberculoses osseuse et péritonéale. C'est donc pour les tuberculoses mixtes la meilleure station d'altitude et il serait désirable d'y créer des établissements pour enfants.

L'insuffisance actuelle d'équipement peut être palliée en utilisant des constructions militaires anciennes, en bon état, et depuis longtemps inoccupées.

Discussion : M. Bezançon.

Election. — MM. Gaston Giraud (de Montpellier) et Pellé (de Rennes), sont élus correspondants nationaux dans la section de médecine.

Séance du 18 juin 1946

Nécrologie. — M. le Président fait part à l'Académie du décès de M. Louis Martin, ancien président. En signe de deuil, la séance est suspendue pendant quelques minutes.

Sur certaines inclusions cytoplasmiques de la moelle surrénale au cours de la rage et d'autres agressions. — M. Celestino da Costa (de Lisbonne). — Il existe dans la moelle surrénale du cobaye, après inoculation de la rage, des corpuscules particuliers que l'auteur a le premier décrites depuis plusieurs années et dont d'autres auteurs ont, après lui, repris l'étude. Quel que soit leur rapport avec les corpuscules de Négri, il s'agit de corpuscules de structure parfois complexe, de morphologie et de colorabilité différentes. Ils ne sont pas particuliers à la rage seule, mais peuvent être constatés dans d'autres affections à virus inoculées. Sans doute y a-t-il là un témoin de la réaction organique, ce que les études actuellement entreprises s'efforceront d'élucider.

Cancer et charlatans. — Mme Simone Laborde. — A l'occasion d'une recrudescence de la publicité faite autour de prétendus remèdes susceptibles de guérir le cancer, l'auteur s'élève contre les charlatans qui exploitent les malades en leur promettant de sensationnelles guérisons par des sérums et des vaccins qui n'ont jamais fait leurs preuves. Fausses découvertes et fausse science qui entraînent de lamentables conséquences, mais masquent un commerce inqualifiable. Il est opportun d'attirer une fois de plus l'attention des pouvoirs publics sur de telles manœuvres et un tel préjudice aux malades.

Discussion : MM. Rist, Le Lorier, Ameuille, Champy, Tréfouël, Fabre, Lemaître.

Une commission est nommée pour l'étude de mesures pratiques, composée de MM. Roussy, Rist, Lemaître, Champy, Fabre, Tréfouël, Ameuille, Dujarric de la Rivière, Leroux.

Mécanisme de production de l'emphysème pulmonaire secondaire à une obstruction bronchique incomplète. — MM. R. Tiffeneau et Schreiner. — Il existe un seuil au delà duquel la diminution du calibre bronchique exerce une répercussion sur le transit broncho-alvéolaire de l'air. Ce seuil n'est atteint à aucun moment du cycle respiratoire chez le sujet normal ; lorsque le calibre bronchique est diminué pathologiquement ou anatomiquement il est, au contraire, atteint à la fin de l'expiration et au début de l'inspiration.

Election du vice-président. — La commission préparatoire à l'élection de la vice-présidence présente, pour remplacer M. Brumpt, démissionnaire : M. J. Jolly.

L'élection aura lieu le mardi 9 juillet 1946.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin 1946

Décès de M. Pierre Fredet. — Eloge par M. Basset, président.

A propos de l'opération de Péan. — M. Huet signale que le relèvement excessif du mésocolon risque d'avoir des inconvénients dans les anastomoses gastro-jéjunales.

Traitement idéal des anévrismes artériels et artério-veineux. — M. Reynaldos dos Santos présente de très belles artériographies sur la chirurgie réparatrice des artères ; il conclut à la supériorité indiscutable des anévrismorraphies oblitérantes ou reconstructives et, pour éviter la coagulation postopératoire, l'auteur utilise l'injection continue d'héparine pendant les quarante-huit heures qui suivent l'opération. Il déconseille d'attendre plusieurs semaines pour permettre le développement de la circulation collatérale ; il vaut mieux opérer le plus vite possible.

Hématome périrénal spontané accompagné d'hématurie et dû à une tumeur rénale. — M. d'Allaines.

Sur l'anesthésie péridurale. — M. Aubert. — M. Robert Monod rapporte ce travail, dans lequel l'auteur précise quelques-unes des règles qui doivent présider à ce procédé d'anesthésie. Les contre-indications sont celles de la rachianesthésie.

Stase duodénale sur D_2 par brides. Intervention. — M. Nédelec. — M. Sénèque rapporte cette observation, dans laquelle il s'agissait d'une malformation congénitale de la tête du pancréas qui encerclait la deuxième portion du duodénum.

M. Sénèque discute les différentes tactiques opératoires qu'il convient d'adopter dans ces cas exceptionnels ; il conclut à la supériorité de la dérivation par gastro-entérostomie.

Intérêt de l'extériorisation préalable dans le traitement de certains diverticules cervicaux de l'œsophage. — M. Welti s'est contenté d'extérioriser le diverticule ; les troubles fonctionnels ont disparu.

M. Truffert estime que la diverticulopexie mérite d'être conservée, après résection du diverticule, la récidive est rare, mais possible ; la résection devrait être complétée par une plastie musculaire.

M. Leriche a opéré un diverticule géant dont le fond descendait jusqu'à la crosse de l'aorte.

M. Hepp, pour éviter les récidives, conseille de sectionner les fibres musculaires des constricteurs.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 17 MAI 1946

Traitement du diabète insipide par des implantations de lobe postérieur d'hypophyse fraîche. — M. AZERAD. — Observation d'une malade atteinte de diabète insipide émotionnel traitée par implantation de fragments de lobe postérieur d'hypophyse fraîche de bœuf avec résultat heureux ramenant la polyurie de 30 à 10 litres.

Incidents et accidents imputables à l'emploi de l'aminothiazol (2921 RP) dans le traitement des hyperthyréoses. — M. Marcel PERRAULT. — L'emploi de l'aminothiazol, antithyroïdien français, exige un choix strict des indications, son utilisation pouvant déterminer des réactions fâcheuses par suppression brutale de la sécrétion thyrotoxinique, de même que son association à l'iodothérapie, d'ailleurs illogique, doit être déconseillée formellement, seule la thyroïdectomie chimique conserve sa valeur.

Un cas de réaction péritonéale sévère au cours de la scarlatine. — MM. CELICE, GROSSIORD et CASTAIGNE. — Cas d'une jeune fille qui, après une intoxication alimentaire, présenta une angine aiguë suivie d'arthrite des deux genoux et de douleurs abdominales intenses. Traitement par la sulfamidothiourée, puis par la sulfaméthyldiazine.

Sur le diagnostic de la maladie d'Addison fruste. Virage de la cuti-réaction pendant le traitement. — DE GENNES, BRICAIRE et SIMON. — Malade de 18 ans, présentant depuis l'âge de 8 ans une pigmentation cutanée accentuée, pouvant être rattachée à une aplasie surrénale. Traitement par la cortine, atténuation de la pigmentation cutanée et de l'hypotension. A signaler la difficulté du diagnostic de certains cas frustes de la maladie d'Addison et sur son antagonisme avec la tuberculose évolutive.

Mononucléose infectieuse. Eruption papuleuse lichénoïde, biopsie cutanée. — MM. CÉLICE, GROSSIORD et LAFOURCADE. — Cas de mononucléose infectieuse typique, faisant redouter une leucose aiguë, suivie d'éléments éruptifs et surtout d'éléments cutanés, devant pâlir à la convalescence. Une biopsie montra une image différente de celle du lichen plan de Wilson.

Nouveau cas de dysenbryome médiastinal avec troubles endocriniens associés. — MM. BROUET, BAUDOIN, COURY et Mme HAYOT-POIRE. — Ce fait met en évidence cette association : tumeur embryonnaire intrathoracique et syndrome génital constitué par une atrophie testiculaire d'un côté et une masse tumorale du côté opposé. Les auteurs rappellent les exceptionnelles observations étrangères relatant de telles associations.

SÉANCE DU 24 MAI 1946

Etude clinique, radiologique et anatomique d'un cas de lithiase intra-hépatique. — MM. CÉLICE, GROSSIORD et CASTAIGNE. — Malade de 78 ans présentant le tableau clinique de la lithiase cholédocienne faisant admettre l'existence d'un foie atteint de cancer secondaire, terminé par la mort. L'autopsie permit de contrôler le siège et l'aspect des calculs.

Syndrome du noyau rouge à la suite d'une intoxication aiguë par le chloralose. — MM. BINET, TANRET et CASTAIGNE. — Cas d'un malade qui, à la suite d'une intoxication aiguë par le chloralose, présente après un coma une paralysie de l'oculomoteur commun droit et un hémi-syndrome cérébelleux qui disparut progressivement.

L'oligophrénie phénylpyruvique. — MM. DELAY, PICHOT, DESGREZ et DELBARRE. — Première observation française de cette maladie familiale caractérisée par la présence d'acide phénylpyruvique dans les urines associée à une oligophrénie avec troubles extrapyramidaux.

Accidents consécutifs à la vaccination contre la rage. — MM. PASSOUANT et KREISBERGER. — Apparition huit jours après une vaccination antirabique de manifestations rares d'une polyradiculo-névrite : agitation, insomnie, douleurs dans la face et les membres.

Trente cas de sciatique par hernie discale opérée par une technique non mutilante et sans injection de lipiodol. Premiers résultats. — MM. DE SÈZE, GUILLAUME, SURMONT et BOULARDE. — Extirpation de la hernie discale par voie extradurale, après simple effractions du ligament jaune, sans résections des apophyses épineuses sans l'aminectomie. Suites opératoires simples.

Perforation pulmonaire dans un kyste aérien préformé. — MM. MOREAU, CLER et GRAVELEAU. — Observation d'un déporté politique revenant d'Allemagne, atteint d'une perforation pulmonaire dans un kyste aérien préformé. L'analyse des tomographies pouvant faire admettre l'existence d'un kyste ou d'une cavité.

Catarrhe bronchique segmentaire. — MM. LAMY et Mlle JAMMET. — Observation d'une fillette de 8 ans entrée à l'hôpital pour état subfébrile avec amaigrissement et toux. Il s'agissait d'une condensation rétractile du lobe moyen, dont la lumière était presque obstruée par l'inflammation.

SOCIETE DE BIOLOGIE

SÉANCE DU 11 MAI 1946

Esérine et muscles bronchiques. Bronchospasme par blocage de la cholinestérase pulmonaire. — MM. L. BINET et M. BURSTEIN ont constaté chez le chien, l'existence d'un bronchospasme ésérinique qui cède après section des vagues. Les essais sur le lobe pulmonaire circulatoirement isolé et nerveusement intact montront que l'action bronchoconstrice de l'ésérine est liée au blocage de la cholinestérase pulmonaire.

Dissociation des cellules de la granulose et problème d'un mécanisme diastasique dans la rupture du follicule ovarien de la lapine. — M. R. MORICARD et Mlle S. GOTHIÉ montrent que le processus de rupture du follicule fait du dedans vers le dehors et semble faire intervenir un mécanisme diastasique.

Conditions intra-folliculaires de la formation du premier globule polaire après injections successives de gonadotrophine sérique, puis de gonadotrophine choriale chez la souris impubère. — M. R. MORICARD pense que l'ovocyte serait le centre récepteur et non le centre dynamique du follicule ovarien.

Sur l'activité de la dihydrofolliculine par voie transcutanée chez le rat. — MM. G. VALETTE et R. CAVIER, comparant l'action œstrogène de la dihydrofolliculine suivant divers modes d'administration concluent au haut pouvoir pénétrant de l'eucalyptol.

Action de la surrénale sur l'absorption intestinale du glucose. — M. A. SOULAIRAC montre que, chez le rat, la surrénalectomie abaisse l'absorption tandis que la désoxycorticostérome l'augmente. La phloridzine empêche cette action.

Evolution des graisses dans la muqueuse des voies génitales. — MM. H. BULLICARD et S. GRUNDLAND montrent qu'il y a élimination des graisses par la muqueuse utéro-vaginale, indiquant une importante relation entre le métabolisme des liquides dans l'organisme et l'évolution du tractus génital.

Accidents caustiques des sulfamides et vitamine C. — M. F. MEIDINGER a pu inhiber chez le rat par la vitamine C des escarres observées par injection hypodermique d'un sel de sulfothiourée.

L'agitation de trois minutes comme premier temps de déviation du complément. — M. SUCHET, remplaçant le premier temps de fixation à 37° dans les réactions de déviation du complément par une agitation de 3 à 15 minutes sur l'appareil de Kahn, a constaté que la sensibilité de la réaction n'augmente que par la prolongation de l'agitation.

SÉANCE DU 25 MAI 1946

Efficacité comparée des vitamines B_2 et B_1 et de la thérapeutique ammoniacale dans l'alcoolisme expérimental. — M. P. CHAUCHARD, Mme H. MAZOUÉ et M. R. LECOQ montrent expérimentalement que l'action correctrice de l'amide nicotinique et de l'adénine (vitamines B_3 et B_4) sur les troubles nerveux de l'alcoolisme ne peut s'exercer qu'autant que l'organisme a le

temps de réaliser la synthèse du coenzyme nécessaire ; par contre, l'ammoniaque, utilisé pur ou libéré dans l'estomac, paraît doué sur l'alcoolisme aigu ou chronique d'un pouvoir antagoniste quasi spécifique et presque instantané. Toutefois, en raison de sa caustícité, on ne saurait en conseiller un usage thérapeutique prolongé.

Effets de l'alcool et influence de la voie d'introduction sur l'évolution de l'alcoolisme expérimental. — MM. R. Lecoq, P. Chauchard et Mme H. Mazoué ont constaté expérimentalement sur le rat et le lapin que, dans l'alcoolisme chronique, tout nouvel apport d'alcool en corrige les troubles neuromusculaires ; mais cette correction n'est durable que pour la voie intraveineuse, dont Bruel et Lecoq ont montré l'intérêt pratique dans l'alcoolisme humain. Ajouté à l'alcool, l'extrait hépatique renforce encore son action.

L'action sédative immédiate de l'alcool supprime l'excitation due à l'état de besoin ; l'utilisation de la voie intraveineuse supprime le besoin et aboutit à la désintoxication.

Evolution de l'indice chronologique vestibulaire du cobaye dans l'avitaminose C. — M. G. Bourguignon et Mme L. Randoin ont vu l'avitaminose C faire baisser, comme l'avitaminose B_1, l'indice chronologique vestibulaire ; l'abaissement de cet indice observé chez une épileptique intoxiquée par le solantyl semble relever d'une avitaminose C.

Les vitamines antiacrodyniques. — M. R. Lecoq montre que chez le rat l'avitaminose G (dite B_6) et l'avitaminose H sont, en définitive, commandées par des déséquilibres azotés différents, l'un caséinique et l'autre ovalbuminique. Tous deux aboutissent à des manifestations acrodyniques typiques, qui ne peuvent être prévenues ou guéries que par la vitamine correspondante, spécifique.

Sur les acides ribo-nucléiques de la cellule nerveuse dans l'insuffisance surrénale. — MM. P. Desclaux et M. Martinet, après surrénalectomie, n'ont pas vu de modification quantitative des acides ribo-nucléiques du protoplasme des cellules nerveuses (et par suite des corps de Nissl). A la suite de la fatigue (marche en cage tournante), il n'y a pratiquement pas de modification chez l'animal sans surrénale, alors qu'il y en a beaucoup chez l'animal normal.

La fatigabilité de l'insuffisance surrénale n'est donc pas liée à une destruction anormale des acides ribo-nucléiques des cellules nerveuses. La cause principale de la fatigabilité semble résider dans les altérations musculaires.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 21 mai 1946

L'apnée volontaire chez l'enfant normal et chez l'asthmatique. — M. Anglade a étudié la durée de l'année volontaire chez 143 enfants de 6 à 14 ans. Elle oscille entre 22 et 34 secondes et est pathologique en dessous de ce premier chiffre. Son abaissement permet de prévoir l'imminence d'une crise d'asthme. Sa durée a une valeur pronostique certaine.

Asthme et contracture du diaphragme. Acte préliminaire. — M. Anglade.

Rougeole et B. C. G. par scarifications cutanées. — MM. Prat-Flottes, Grandin et Garnier concluent à la suite de l'étude de dix cas que l'anergie morbilleuse est de courte durée et que l'allergie donnée par cette méthode est solide.

B. C. G. par vaccination cutanée chez les enfants déficients. — MM. Prat-Flottes, Gandin et Garnier, en se basant sur 36 cas, montrent que cette méthode est maintenant bien au point et d'un innocuité absolue.

Dystrophie polyépiphysaire avec nanisme. — MM. Marquésy, Laplane et Canivet présentent un enfant atteint d'hypotrophie staturale, de limitation des mouvements articulaires et de décalcification des os longs. Ils discutent la parenté de ce cas avec la maladie de Marquio.

Actinomycose guérie par la pénicilline. — MM. Debré, Kaplan et Roger présentent une fillette atteinte d'actinomycose grave avec état cachectique qu'ils sont parvenus à guérir par l'emploi de doses massives de pénicilline ayant atteint 12 millions d'unités en vingt jours. L'enfant s'améliore régulièrement et a déjà repris 6 kilos.

Lésions cérébro-méningées ; arachnoïdite opto-chiasmatique au cours de l'infection oto-mastoïdienne latente du nourrisson. — MM. Levesque, Dailly et Boeswillwald. — Présentation de pièces. Ces cas compliqués de lésions diencéphaliques ont un pronostic grave avec 85 % de mortalité et s'opposent aux lésions aiguës simples guéries par antrotomie.

Nouveau cas de guérison de l'ictère grave du nouveau-né par la transfusion de sang Rh négatif. — MM. Christiaens et Groult rapportent l'observation d'un nouveau-né vu à la 36e heure avec un ictère grave, hépato-splénomégalie et érythroblastose intense. Le père et l'enfant sont Rh+, la mère Rh— avec présence d'anti-corps anti Rh dans le sérum. Guérison spectaculaire par trois transfusions intraveineuses de 100 cc de sang Rh+.

Maladie hémolytique traitée avec succès par splenectomie à l'âge de 4 ans. — MM. Chaptal, Lapeyre, Cazal et Cente ont fait opérer un enfant atteint depuis 2 ans d'anémie avec fragilité globulaire, splénomégalie, crises de déglobulisation graves, arrêt du développement pondéral et statural, fatigabilité et essoufflement. Correction rapide de tous les troubles après une splénectomie aisée.

Anorexie mentale guérie par des injections d'extrait frais de lobe antérieur d'hypophyse. — MM. Chaptal, Loubatières et Cente ont observé la guérison d'une anorexie mentale grave avec arrêt du développement après 8 injections d'un extrait frais et très actif de lobe antérieur d'hypophyse. Reprise de poids de 4 kg. 500 le premier mois et de 15 kg. 500 en dix mois.

Ostéomyélite du maxillaire inférieur. — MM. Sorrel, Cahuzac et Bardin rapportent l'observation d'un nourrison de 20 jours qui succomba en quinze jours malgré les sulfamides et la pénicilline des suites d'une ostéomyélite du maxillaire inférieur ayant évolué sans fièvre.

Pemphigus infectieux grave traité par la pénicilline. — MM. Sorrel, Cahuzac et Bardin ont guéri un enfant de 23 mois atteint d'un état infectieux sévère avec pemphigus et insistent sur la rareté de pareils cas.

Emphysème médiastinal et pneumopéricarde spontané chez un nourrisson de huit mois. — MM. Béraud et Vinceneux.

Deux cas de syndrome de Waterhouse-Friedrichsen (purpuras méningococciques). — MM. Béraud et Vinceneux.

CONGRÈS

Deuxième réunion de la Société d'Etudes physiologiques du foie et de la nutrition

(Vichy 1946)

Président : M. Loeper

I. — Ictère épidémique et ses séquelles — Etude clinique et pathologique :

M. E. Chabrol, rapporteur, après avoir montré le complet bouleversement d'une guerre à l'autre de la proportion des microbes ictérigènes, fait leur étude clinique et montre l'importance, pour le pronostic, du volume et de la sensibilité du foie ; il décrit les formes cliniques et montre que l'ictère épidémique qui frappe l'émonctoire hépatique reste en tout cas une maladie générale. Il s'attache surtout à ses complications et principalement aux complications tardives ou séquelles.

Parmi les premières, les accidents douloureux et fébriles de l'ictère pseudo-lithiasique — l'atrophie jaune aiguë de l'ictère catarrhal aggravé, — les anasarques des hépatiques ictérigènes et de l'atrophie subaiguë.

Parmi les dernières, il décrit les convalescences traînantes, avec leur asthénie, leurs troubles digestifs et, parfois, l'apparition tardive de diabète — les réactions vésiculaires, d'intensité variable, pouvant aller à la colique hépatique — les ictères à répétition — enfin la cirrhose métaictérique qu'il ne faut pas confondre avec les cirrhoses que vient révéler un ictère. Il conclut en montrant l'importance de la thérapeutique thermale dans ces séquelles.

II. — Le rôle du chirurgien dans le traitement des séquelles des ictères infectieux. — MM. P. Mallet-Guy et R. Jeanjean, rapporteurs.

Ce que l'on est convenu d'appeler séquelles d'ictère infectieux est représenté pour le chirurgien soit par des troubles dys-

peptiques après résolution de l'ictère, soit par la récidive d'épisode ictérique, soit enfin par la persistance anormale prolongée de l'ictère. L'exploration opératoire est souvent décevante, et les seules constatations précises ont trait à d'éventuelles lésions de pancréatite chronique. Mais complétée par l'inscription graphique extemporanée des pressions biliaires et par la prise de cliché après injection de produit de contraste, elle permettra, découvrant les anomalies d'ordre divers dans l'appareil excréteur de la bile, de pousser plus avant le mécanisme physiopathologique de ce syndrome.

C'est ainsi que l'on peut noter une hypertonie, une atonie du sphincter d'Oddi, ou en cas de pancréatite chronique, une compression relative du cholédoque ou encore une dystonie de la voie biliaire principale.

Dans tous ces cas, où une perturbation fonctionnelle de l'appareil excréteur de la bile peut être mise en évidence, il ne faut pas parler de « séquelles d'ictère infectieux », mais admettre qu'il y a eu une erreur de diagnostic, que ce qui a été pris pour la séquelle de l'ictère infectieux n'était qu'une manifestation seconde de l'état physiopathologique du cholédoque et que ce qui avait été pris pour un ictère infectieux n'en avait été qu'une première traduction.

Dans l'hépatite pure et dans ses séquelles, il n'y a pas d'indication chirurgicale régulière, mais seulement dans ces cas que fait connaître l'analyse fonctionnelle peropératoire et il convient alors, non plus de se borner à une cholécystostomie, mais de choisir la meilleure intervention qu'indiquera l'état des voies biliaires.

III. — Thérapeutique des ictères infectieux et de leurs séquelles — la désinfection biliaire — effets d'action élective des médicaments :

MM. A. Varay et J. Cottet, rapporteurs, ont repris le problème de la désinfection hépato-biliaire à la lumière des progrès récents de la chimiothérapie sulfamidée et du principe de l'orientation élective des médicaments. Ils montrent que les sulfamides ne sont pratiquement pas toxiques pour le foie dans l'immense majorité des cas. Ils ont essayé avec Bargeton et Barrot d'orienter le radical sulfamide vers l'élimination biliaire en le combinant avec des produits à élimination biliaire élective. Ils ont ainsi obtenu des corps réalisant une sulfamidocholie très importante et une concentration marquée dans le parenchyme hépatique chez l'animal. Ces recherches en sont encore, eu égard aux difficultés actuelles, au stade expérimental. Ils étudient les autres modes de désinfection des voies biliaires, entre autres la pénicilline qui joue vis-à-vis de la désinfection biliaire un rôle à peu près semblable à celui des sulfamides, mais n'est pas active par contre dans l'hépatite infectieuse.

IV. — La thérapeutique hydrominérale dans les séquelles des ictères infectieux. M. Dany.

L'auteur, au cours d'une rapide vue d'ensemble des séquelles des ictères infectieux, note les indications et les contre-indications des cures thermales, en insistant spécialement sur le côté purement clinique de la question. Puis dans une deuxième partie, il rappelle brièvement les données crénothérapiques dont peuvent se prévaloir les stations thermales en soulignant les travaux de Vlès et Caroli, et note les aperçus nouveaux de l'action des eaux thermales. Il termine par quelques mots pratiques sur l'opportunité des cures thermales par rapport à la date de la maladie et aux symptômes présentés par les malades.

⁂

Notes sur les séquelles des ictères infectieux :

M. P. Delore, à propos d'une observation portant sur huit années, insiste sur l'importance de l'angiocholécystite, avec petites crises douloureuses, subfébriles et répétées, à vrai dire compagne sinon dire substratum de l'ictère infectieux initial, bien plutôt que séquelle de ce dernier.

La valeur des épreuves fonctionnelles du foie dans l'appréciation des séquelles dans l'hépatite épidémique :

MM. P. Alphonse et R. Junet, de Genève, insistent sur la nécessité de la répétition des épreuves. Ils attribuent une valeur toute particulière aux réactions de Takata et de Gros.

Les troubles du métabolisme des hydrates de carbone dans l'hépatite épidémique et dans ses séquelles :

MM. R. Junet et P. Alphonse, de Genève, insistent sur la troubles constatés du métabolisme hydrocarboné, la cellule hépatique n'étant plus capable de fixer le glucose administré en surcharge, la participation du pancréas est plus rarement observée.

MM. A. Lafontaine et R. Erfmann montrent les variations parallèles de la cuprémie et de la bilirubinémie que l'une et l'autre élevées dans les ictères bénins ou graves, ou par rétention, s'abaissent dans les cirrhoses, l'atrophie jaune aiguë de certains ictères graves.

Nouvelle contribution a l'étude de l'adeno-cancer des cirrhoses :

MM. N. Fiessinger, R. Messimy et M. Goury-Lafont à propos des quatre observations nouvelles, font une étude clinique et pathologique de l'affection.

A propos de la fonction biliaire chez le vieillard, R. de Grailly, L. Servantie, H. Destrem et J. Biraben, de Bordeaux, la trouvent normale.

Deux tests disgnostiques de l'hémochromatose : la ponction biopsie du foie et le dosage du fer et du cuivre sériques :

MM. Aussanaire et A. Lafontaine trouvent par ponction-biopsie du foie une surcharge pigmentaire ferrugineuse au niveau du parenchyme et mésenchyme, avec élévation importante et simultanée du fer et du cuivre sériques.

Troubles hépato-biliaires et prédisposition au cancer :

M. P. Delore attire l'attention sur le rôle possible des troubles hépato-biliaires comme facteurs prédisposants à certains cancers et sur les données diététiques et thermales correspondantes.

Hépatites expérimentales par le dichloréthane :

MM. Michel Gaultier et I. Pilleron ont réalisé, par inhalations répétées de dichloréthane ($CHCL^2=CHCl^2$) des hépatites dégénératrices centro-lobulaires.

L'action de la méthionine sur l'ictère. M. A. Gajdos :

L'addition de 30 mgr de méthionine par jour à un régime générateur chez le rat, de dégénérescence graisseuse, et de réaction fibreuse, empêche dans la majorité des cas, la production de ces lésions histologiques, alors qu'elle est non active contre l'intoxication massive au tétrachlorure de carbone.

Données de la radiomanométrie biliaire dans les ictères catarrhaux prolongés et a rechutes. MM. G. Albot et H. Libaude :

Les auteurs présentent une observation d'ictère catarrhal prolongé avec galactosurie provoquée très anormale et une observation d'ictère catarrhal drainé à la deuxième rechute.

Dans les deux cas, la radiomanométrie biliaire a donné des chiffres absolument normaux au niveau des voies biliaires, écartant les hypothèses d'obstacle mécanique dans la pathologie de tels ictères.

Un procédé d'exploration de la sulfoconjugaison hépatique :

Le professeur Loeper, Mlle J. Loeper et M. I. Vignalou dosent les sulfoconjugués urinaires avant et après administration de un gramme de salol. Ils trouvent une augmentation très importante des sulfoconjugués urinaires dans les ictères catarrhaux et les cholécystites, moins fortes dans les hépatites et un défaut de sulfoconjugaison dans les cancers du foie.

L'acide pyruvique sanguin chez les hépatiques. MM. Marche et Mlle C. Marnay :

Il trouvent des taux d'acide pyruvique sanguin anormalement élevés chez les ictériques, lorsque la maladie se prolonge ou prend un caractère grave ; et, par contre, des modifications discrètes chez les hépatiques sans ictère.

Le caractère électivement prémenstruel des manifestations hépato-vésiculaires :

MM. Albeaux-Fernet et G. Loublié rapportent plusieurs observations d'affections hépatiques ou vésiculaires ne se manifestant au triple point de vue fonctionnel, physique ou général que lors de la période prémenstruelle, ce qui, en dehors de l'aide importante apportée au diagnostic, permet un traitement hormonal qui modifie à la fois le comportement neuro-végétatif et l'état humoral.

Etude de l'érythropoïese intrahépatique au cours des érythroblastoses du nouveau-né :

MM. Cornil et Gastaud étudient l'érythropoïese qui survient au cours des érythroblastoses du nouveau-né et la comparent à celle qui existe normalement chez l'embryon pendant la plus grande partie de la vie intrautérine.

NOTES POUR L'INTERNAT

FORMES CLINIQUES DES PLEURÉSIES TUBERCULEUSES

L'atteinte de la plèvre par le bacille de Koch revêt des aspects infiniment variés d'après la nature de l'épanchement (pleurésies séro-fibrineuses, hémorragiques, purulentes) d'après la topographie de la pleurésie (pleurésies de la grande cavité et pleurésies enkystées). Les pleurésies tuberculeuses peuvent être liquidiennes ou sèches. Elles peuvent survenir chez un sujet manifestement tuberculeux ou être, au contraire, d'apparence primitive. Le problème capital sera alors de savoir si elles sont associées ou non à des lésions parenchymateuses.

I. — Pleurésies séro-fibrineuses.

A. — *Pleurésie séro-fibrineuse dite « a frigore »* de la grande cavité. En apparence primitive, sans lésions pulmonaires sous-jacentes, son origine tuberculeuse n'est nettement établie que depuis Landouzy. C'est la forme couramment rencontrée dans les services de médecine.

Début. — Des débuts très variables, insidieux ou brusques, ont été décrits, mais même dans ce dernier cas, l'installation de l'épanchement est le plus souvent précédée, pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, par des signes d'imprégnation tuberculeuse : amaigrissement, fatigue, anorexie, instabilité thermique, qu'à l'interrogatoire on retrouvera rétrospectivement.

Le début est par lui-même :

1° Tantôt brusque, marqué par l'apparition, au cours d'une santé qui n'était donc souvent satisfaisante qu'en apparence, de frissons répétés, de point de côté violent, de dyspnée d'intensité variable, de toux sèche fréquente et d'élévation de la température à 39° ;

2° Tantôt lentement progressif, marqué, mais à un degré d'abord très atténué, par les symptômes précédents ;

3° Une forme assez fréquente est réalisée par un début évolutif en deux temps, avec point douloureux thoracique traînant des semaines ou même des mois, disparaissant quelquefois, tandis que survient soudain plus tard le début brusque classique.

Bien souvent, lorsqu'on est appelé auprès du malade, toute la symptomatologie de la période d'état se trouve réalisée.

Période d'état. — S. F. Le point de côté s'atténue progressivement au fur et à mesure que se constitue l'épanchement.

La dyspnée est en règle discrète.

La toux sèche, brève, réapparaît quand le malade se mobilise.

S. G. La température oscille entre 38° et 39°.

Le pouls est rapide, en rapport avec la température.

Le malade est pâle, asthénié, anorexique. Il présente des sueurs nocturnes.

La T. A. est basse, les urines sont diminuées, souvent légèrement albumineuses.

S. P. L'examen montre des *signes d'épanchement liquidien nets.*

A l'inspection, on constate que l'hémithorax malade est dilaté avec élargissement des espaces intercostaux. Cette ampliation entraîne du même côté la déviation de l'appendice xyphoïde qu'on peut mettre en évidence par le signe du cordeau de Pitres.

On constate une moindre expansion de l'hémithorax malade au cours de la respiration.

A la palpation : abolition des vibrations vocales.

A la percussion : la matité franche hydrique, avec sensation de résistance au doigt.

La limite supérieure de la matité est légèrement mobile avec les positions du malade quand l'épanchement est peu abondant. Elle dessine une courbe parabolique, dite de Damoiseau, dont le sommet est à l'aisselle et dont la branche postérieure déborde sur l'hémithorax sain en y dessinant le triangle de matité de Grocco dans les épanchements moyens.

La matité est surmontée d'une zone de skodisme sous-claviculaire.

A l'auscultation : un signe essentiel, l'abolition du murmure vésiculaire auquel s'associe le souffle pleurétique voilé lointain, expiratoire. A la limite supérieure de l'épanchement, l'égophonie ou voix de chèvre à l'auscultation de la voix haute, la pectoriloquie aphone ou transmission directe à l'oreille de la voix chuchotée, d'une façon distincte. Le signe du sou donnant un son argentin métallique, au niveau de l'épanchement établit la limite supérieure de la pleurésie.

Outre ces divers signes d'épanchement, l'examen clinique comportera une *étude minutieuse du poumon sous-jacent* et du poumon opposé. Sain dans le cas qui nous occupe, il est simplement refoulé et présente alors classiquement une exagération des vibrations de la sonorité et de la respiration, répondant au schéma de suppléance de Graucher

En fait, on ne pourra affirmer l'intégrité du poumon que sur l'absence de bruits surajoutés (craquements, râles), sur l'absence de signes radiologiques nets et sur l'absence de B. K. dans les crachats à des examens répétés, après homogénéisation et inoculation au cobaye.

On appréciera l'abondance de l'épanchement : si l'intensité des S. F. peut attirer l'attention sur elle, elle ne doit, en effet, être jugée que par les signes d'examen : la limité supérieure de la matité, la disparitoin du skodisme sous-claviculaire et surtout le déplacement des organes foie et cœur.

Un épanchement abondant entraînant un déplacement des organes doit être évacué partiellement.

La ponction exploratrice qu'on évitera de répéter ramène un liquide clair citrin très riche en fibrine et en albumine (la réaction de Rivalta est positive). Il contient une abondante lymphocytose prédominante et quelques globules rouges.

L'examen radiololgique, on ne le fera que dans les cas où l'épanchement n'est pas assez abondant pour constituer une contre-indication absolue à la mobilisation du malade. Il permet de s'assurer de l'intégrité pulmonaire et d'apprécier avec précision l'abondance du liquide. On évitera d'ailleurs de bouger le malade pendant toute la période aiguë.

Evolution. — 1° En règle, l'évolution de cette pleurésie à frigore est favorable. L'épanchement s'étant constitué en trois à huit jours reste stationnaire pendant quelques jours puis commence à se résorber, progressivement le plus souvent, sans que des phénomènes critiques aient annoncé cette résorption. La sonorité réapparaît progressivement en même temps que le murmure vésiculaire de haut en bas. Des frottements sont fréquemment entendus. Parallèlement, la température descend en lysis, il se produit une petite crise urinaire avec polyurie et décharge chlorurée.

Séquelles. — Pendant très longtemps va persister un syndrome physique atténué : submatité, affaiblissement des vibrations, obscurité respiratoire.

Des aspects anormaux à la radioscopie : ombre à la base, feston diaphragmatique, comblement du sinus casto-diaphragmatique.

Ces signes persistent généralement à titre de séquelles définitives sans autre importance d'ailleurs que d'empêcher la création d'un pneumothorax ultérieur le cas échéant.

Avenir du pleurétique. — La guérison complète est donc la règle. Elle sera souvent définitive, le malade ne faisant jamais aucune autre manifestation tuberculeuse. Dans un certain nombre de cas pourra se développer ultérieurement une récidive du même côté ou du côté opposé. Parfois même, on verra se développer, après une trêve plus ou moins longue, une tuberculose pulmonaire. C'est dire la nécessité de bien considérer le pleurétque comme un tuberculeux, de le surveiller régulièrement par des examens cliniques (pesées) et radiologiques, de lui faire suivre pendant plusieurs années une hygiène sévère.

2° Dans certains cas, cependant, l'évolution immédiate est moins favorable.

L'épanchement une fois installé tend à persister indéfiniment. Cette persistance peut constituer une indication à la ponction évacuatrice, la soustraction d'une quantité peu importante de liquide suffisant souvent à déclancher la résorption spontanée du reste de l'épanchement. On ne la fera d'ailleurs que lorsque tous les signes infectieux, la fièvre en particulier, ont disparu depuis au moins huit à dix jours. Mais l'épanchement peut se reproduire après ponction. Il faut craindre alors la transformation hémorragique et purulente. Le plus souvent, cependant, la plèvre finit par s'assécher mais une symphyse pleurale progressive généralisée se constitue avec déformation thoracique et retentissement cardiaque.

B. — *Autres pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses :*

1° *Formes à évolution pulmonaire sous-jacente.* — Il existe un épanchement séro-fibrineux net et le poumon sous-jacent est atteint de lésions évolutives :

a) Dans certains cas, il existe nettement des râles à l'auscultation surtout antérieure au-dessus de l'épanchement.

Parfois peut être réalisé le phénomène du poumon plongeant. On a l'impression d'une plus grande quantité de liquide qu'il n'en existe en réalité.

b) Dans d'autres cas, c'est seulement la présence de B. K. dans les crachats qui affirmera la lésion parenchymateuse.

Quoi qu'il en soit, il sera important de préciser le siège et l'étendue des lésions pulmonaires.

Si elles siègent du côté de l'épanchement on discutera l'opportunité d'une pneumo-séreuse.

Si elles siègent du côté opposé à l'épanchement, le pronostic est très sombre.

2° *Cortico-pleurites.* — Il existe un épanchement réduit associé à une lésion pulmonaire plus étendue que profonde (Bezançon). Les cortico-pleurites se manifestent par un point de

côté intense, une matité très étendue mais un espace de Traube toujours sonore. A l'auscultation un souffle tubo-pleural et parfois quelques râles autour du souffle.

A l'examen des crachats, les B. K. sont peu nombreux et il faut souvent en répéter les recherches après homogénéisation et, au besoin, inoculation au cobaye.

L'évolution des cortico-pleurites est très lente. On distingue les cortico-pleurites *superficielles* qui guérissent généralement bien et les cortico-pleurites *profondes* où l'atteinte pulmonaire plus marquée doit faire réserver le pronostic. Tous les intermédiaires existent d'ailleurs entre ces deux formes de cortico-pleurites.

3° *Pleurésies séro-fibrineuses au cours de la tuberculose pulmonaire chronique.* — Elles sont souvent latentes, peu abondantes et *cloisonnées.* Leur évolution est traînante. Elles peuvent subir la transformation purulente.

Toutefois, elles exercent généralement une action favorable sur l'atteinte parenchymateuse (pleurésie bienfaisante de Sabourin).

4° *Pleurésies séro-fibrineuses des enfants.* — Exceptionnelles chez le nourrisson, elles se comportent chez l'enfant comme un accident de primo-infection, leur pronostic est généralement favorable.

5° *Pleurésies séro-fibrineuses au cours des polysérites.* — Le syndrome classique de Fernet Boulland commence par l'atteinte péritonéale, plus rarement par l'atteinte pleurale. Son évolution est souvent favorable.

La pleurésie pleuro-péricardo-péritonéale de Hutinel est de pronostic sombre. Le diagnostic de la péricardite est souvent difficile s'il s'agit d'une pleurésie gauche.

6° *Pleurésies séro-fibrineuses au cours de la granulie.* — Restent au second plan lorsqu'il s'agit de granulie généralisée.

Constituent l'élément essentiel du tableau, lorsqu'il s'agit de la *forme pleurale de la granulie* (Empis). L'épanchement est généralement minime, bilatéral. La fièvre est élevée, irrégulière. La mort est fatale.

II. — Pleurésies hémorragiques.

Plus rares, elles sont primitivement hémorragiques ou secondairement hémorragiques.

Elles évoluent fréquemment vers la pleurésie purulente.

III. — Pleurésies purulentes.

1° *Pleurésies purulentes secondaires à une pleurésie séro-fibrineuse.* — Après un stade de pleurésie hémorragique, leur évolution est désespérément chronique.

2° *Pleurésies purulentes primitives. Type abcès froid pleural.* — Elles se caractérisent par une extrême latence de leur début avec peu ou pas de S. F., seulement une dyspnée légère à l'effort, pas de S. G.

Et pourtant l'examen montre un épanchement abondant avec, souvent déplacement des organes. La ponction retire un liquide séro-purulent, mal lié, jaunâtre, déposant en deux couches, contenant des polynucléaires altérés. L'inoculation au cobaye est positive.

L'évolution est terriblement chronique.

L'abondance du liquide finit par obliger à la ponction. Le liquide ne se reproduira d'ailleurs que très lentement d'abord.

La guérison par symphyse pleurale est exceptionnelle.

En règle, la mort survient au bout de plusieurs années dans la cachexie ou à l'occasion d'une maladie intercurrente.

Des complications peuvent écourter cette évolution :

Un pneumothorax par rupture d'un tubercule à la surface du poumon ;

La fistulisation d'un orifice de ponction qu'il faut éviter en faisant coucher le malade sur le côté opposé après la ponction et en aseptisant le trajet de la ponction ;

La vomique est un accident rare mais grave (surinfection).

3° *Pleurésies purulentes chez un tuberculeux avéré.* — Lésion pulmonaire caséeuse ouverte dans la plèvre. Elle se complique de pneumothorax et aussi de vomique qui aggrave beaucoup le pronostic.

IV. — Pleurésies sèches tuberculeuses.

1° *Pleurésies sèches généralisées aiguës.* — Elles sont révélées par des douleurs thoraciques et des frottement pleuraux.

Souvent, elles ne sont que le premier stade d'une pleurésie avec épanchement.

Mais la pleurésie sèche fibrineuse peut être la seule manifestation de la tuberculose pleurale.

L'évolution se fait vers la symphyse pleurale avec déformation thoracique et défaillance cardiaque.

2° *Pleurésies sèches localisées.* — Elles sont *fréquentes* et coexistent souvent avec une lésion du parenchyme pulmonaire.

a) *Pleurésies sèches apicales de Sergent.* — Elles se manifestent par une douleur dans la fosse sus-épineuse, une toux sèche sans expectoration. A l'examen par quelques frottements au début et lorsqu'il y a symphyse, une submatité, une diminution des vibrations et un voile à la radio. Il faut rechercher une adénopathie sus-claviculaire et une mydriase par excitation sympathique.

b) *Pleurésies sèches de la base.* — Les signes fonctionnels sont intenses : douleur très marquée avec aspect angoissé, dyspnée très vive, toux brève sèche, très douloureuse, hoquet fréquent. Les signes physiques sont au contraire cliniquement discrets ; on trouve des points douloureux classiques de névralgie phrénique, une immobilisation de l'hémithorax malade, tout au moins à sa base et de la partie supérieure de l'abdomen.

La radiologie montre, avec la supression des mouvements diaphragmatiques, une ombre de siège diaphragmatique, en bande horizontale, assez mal limitée en haut.

c) *Pleurésie sèche interlobaire.* — Il existe souvent un point de côté spécial « en écharpe » partant de la colonne vertébrale entre la troisième et la quatrième côte et se terminant en avant vers la sixième côte. C'est inconstamment que des frottements dans l'aisselle au début, un souffle doux, des râles humides peuvent s'observer. La pleurésie gauche peut entraîner un déplacement du cœur.

Ces pleurésies, toutefois, passent souvent inaperçues. Elles ne sont souvent décelées que si un examen radiologique est pratiqué, montrant une bande transversale légèrement oblique en bas et en dehors. Encore les signes radiologiques ne sont-ils souvent évocateurs que si, l'ampoule étant en position haute, l'incidence des rayons répond à la plus grande épaisseur de la zone opaque.

V. — Pleurésie au cours du pneumothorax thérapeutique.

1° Il peut s'agir d'un petit épanchement réactionnel, se résorbant rapidement. Mais il faut surveiller particulièrement le malade lorsqu'il apparaît.

2° Un épanchement plus important est souvent annoncé par une poussée thermique. Son abondance peut exiger la ponction. Elle peut être à l'origine d'une symphyse progressive qu'il faut éviter à tout prix.

3° Pleurésies purulentes. — *a*) S'il s'agit d'un simple vieillissement de l'hydrothorax, l'évolution n'est sensiblement pas aggravée ;

b) Les pleurésies purulentes d'emblée, les pleurésies secondaires à une perforation pulmonaire sont au contraire de très sombre pronostic (risque de surinfection).

Vissian.

INFORMATIONS
(Fin)

Ecole Nationale de la Santé publique
M. le professeur Santenoise, chef de service à l'Institut Pasteur, est nommé directeur de l'Ecole nationale de la Santé publique.
Sont nommés membres du conseil de direction : MM. le Dr Cavaillon, Figon, le Dr Cayla et le professeur Tréfouel.

Direction départementale de la Santé à Paris. — M. le Dr Xavier Leclainche, inspecteur général de la Santé, a été chargé des fonctions de directeur départemental de la Santé à Paris.

Substances vénéneuses. — Sont inscrites au tableau C, annexé au décret du 14 septembre 1916, les substances suivantes : Folliculine et œstrogènes de synthèse.
(J. O., 18 juin 1946.)

Education nationale

Conseil supérieur. — Le J. O. du 19 juin a publié le décret du 7 juin 1946 portant règlement intérieur du Conseil supérieur de l'éducation nationale et de sa section permanente.
Droits d'examen. — Le J. O. du 19 juin publie un décret fixant les droits d'examen. Examen de culture générale : 400 fr. ; examen récapitulatif de pharmacie : 600 francs ; examen récapitulatif de chirurgie dentaire : 200 francs.

Direction générale de l'Education physique et des Sports

Par arrêté du 23 mai 1946, MM. les Drs Balland (Henri), Boyer (Jean), Danhier (J.-M.), Lesur (Jacques), et de Sambucy (A.), ont été chargés de mission à titre bénévole durant l'année 1946 à la Direction générale de l'Education physique et des sports, en vue de contribuer à l'organisation du contrôle médical des activités physiques et sportives extra-scolaires.

Armées

Service de Santé. — Le J. O. du 18 juin publie (p. 5371 à 5378) la liste des officiers de réserve du service de Santé atteints par la limite d'âge, rayés des cadres et admis à l'honororiat de leur grade.

Nominations. — M. le médecin colonel Imbert est promu médecin général.
M. le médecin colonel Girard (troupes coloniales), est promu médecin général.

Affaires étrangères

Conférence mondiale de la Santé. — Ont été nommés délégués de la France : MM. le Dr André Cavaillon, le médecin général Vaucel, le professeur Jacques Parisot, les Drs Cayla et Xavier Leclainche. (J. O. 18 juin 1946.)

Travail

Médecine du travail. — Des arrêtés parus dans le J. O. du 15 juin nomment des membres du Comité permanent de la médecine du travail ; réorganisent les services médicaux et sociaux du ministère ; portent création de sous-commissions (intoxications benzoliques et industries frigorifiques).

Union Internationale de Thérapeutique

L'Assemblée plénière de l'Union Internationale de Thérapeutique se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, le 18 octobre 1946, sous la présidence du professeur Loeper. Elle coïncidera avec l'inauguration solennelle de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie (ancienne Société de Thérapeutique), que préside le Dr Bory.
Les sujets choisis sont « Le Fer en Thérapeutique » et « La Thérapeutique par les Aérosols ». Des rapports sur ces deux sujets y seront présentés par diverses personnalités éminentes de la France et des pays alliés.

Syndicat des Chirurgiens de Paris et de la région parisienne

L'Assemblée générale s'est tenue le 12 juin 1946, à la Confédération des Syndicats médicaux, 60, boulevard de Latour-Maubourg, et ont procédé au renouvellement du Conseil d'administration.
Le nouveau bureau, président Séjournet, vice-président Planson, secrétaire général Masmonteil, secrétaire général adjoint Vidal-Naquet, trésorier Bruneton, soucieux de défendre la charte médicale, fait un appel à tous les jeunes chirurgiens et leur demande leur adhésion afin de renforcer son action dans la lutte pour la défense de nos intérêts professionnels.
Pour toute inscription, s'adresser au secrétaire général : Dr F. Masmonteil, 23, rue du Landy, Saint-Ouen (Seine). Téléph. Cli. 00-68.

Les Médecins et le Congrès International de la Famille et de la Population
(Bruxelles 31 mai-1er juin 1946)

Des délégués de « Médecine et Famille », préoccupés des problèmes médicaux et familiaux dans les conseils de l'Ordre et les syndicats ont rencontré à Bruxelles des médecins et des dirigeants familiaux venus de Hollande, de Suisse, d'Angleterre et d'Amérique.
Tous ont été unanimes pour témoigner de la place importante que le corps médical peut et doit prendre dans une politique visant à rétablir les forces familiales avec leurs responsabilités et leurs devoirs.
Ils abordèrent toutes les solutions morales et matérielles destinées à favoriser l'épanouissement de familles saines, fécondes et heureuses.
Toutes suggestions seront reçues au siège de « Médecine et Famille », 28, place Saint-Georges, Paris (9e).

Hygiène scolaire et universitaire

1° 5 postes de médecins inspecteurs régionaux et de médecins inspecteurs régionaux adjoints de l'Hygiène scolaire et universitaire (médecins fonctionnaires), sont réservés aux bénéficiaires de l'ordonnance du 15 juin 1945 (prisonniers, déportés et empêchés). (J. O. du 3 et 4 juin 1946, n° 129, page 4904.)
Candidatures reçues jusqu'au 31 juillet, délai de rigueur, à la Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire, 3e bureau, 5, rue Auguste-Vacquerie, à Paris (16e), tél. Klé. 04-91, où tous renseignements utiles pourront être donnés ;
2° 5 postes de médecins délégués départementaux de l'Hygiène scolaire et universitaire sont à pourvoir dans l'Ariège, l'Aveyron, le Gers, le Lot et les Hautes-Pyrénées avec résidence au chef-lieu du département.
Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Fimbel, médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire, 14, boulevard de la Gare, à Toulouse, ou à la Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire.

***

Un poste de médecin examinateur scolaire à temps plein pour le département de l'Eure-et-Loir, avec résidence à Chartres, est actuellement disponible. Le traitement prévu est celui des médecins inspecteurs adjoints de la Santé.
Pour tous renseignements, s'adresser à M. le médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Paris, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e).

Naissance

Le Dr et Mme Michel Klein sont heureux de vous faire part de la naissance de leur fille Marie-Pierre. Paris, le 10 mai 1946.

Cours

Programme des leçons de médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports
Etudiants en médecine de 5e année
(Chaire d'Hygiène)

1re leçon. — La croissance : 1° Les facteurs de la croissance.
2e leçon. — 2° La croissance : Ses périodes, leurs caractéristiques.
3e leçon. — Les méthodes d'éducation physique : Ling (analytique), Demeny (synthétique), Amoros et Hébert (applications). Le sport (exercices libres).
4e leçon. — L'É. P. aux différentes périodes de la croissance : Enfance, puberté, adolescence, âge adulte et âge mûr.
5e leçon. — La culture physique de l'âge adulte et de l'âge mûr ; l'éducation et la culture physique de la femme.
6e leçon. — Respiration et exercices : Influence de l'exercice sur la respiration. L'essoufflement. Le second souffle. L'éducation respiratoire. Pneumopathies et éducation physique.
7e leçon. — Circulation et exercices : Modifications du rythme cardiaque et de la tension artérielle. Le retour au calme. Les réactions cardio-vasculaires aux différents efforts : détente, vitesse, demi-fond

et fond. La fatigue et le surmenage du cœur. Cardiopathies et E. P.

8e leçon. — Nutrition et exercices : l'alimentation du sportif.

9e leçon. — La fatigue : ses causes, ses formes, l'entraînement.

10e leçon. — L'examen morphologique et ses applications : notions de biométrie et de biotypologie.

11e leçon. — Examen général d'un sujet pour l'établissement de la fiche médico-physiologique et la délivrance du certificat médical d'aptitude aux sports. Les épreuves fonctionnelles cardio-vasculaires.

Soit 11 leçons obligatoires en 5e année avec interrogations à l'examen oral d'hygiène.

INTERETS PROFESSIONNELS

L'activité du Conseil régional provisoire du 18 février 1945 au 13 janvier 1946

En exécution de l'ordonnance du 11 décembre 1944 créant des organismes transitoires de gestion pour les professions médicales et paramédicales, le Conseil régional des médecins pour la région de Paris s'est réuni pour la première fois le 18 février 1945.

Selon l'article 4 de l'ordonnance, les membres étaient au nombre de 26, dont 18 pour la Seine, 5 pour la Seine-et-Oise, 3 pour la Seine-et-Marne. Ils avaient été désignés par M. le Ministre de la Santé publique sur proposition des Comités médicaux de la Libération de la région.

Représentant le Conseil départemental de la Seine. — MM. les docteurs Arbeit, Coste, Gaye, Gerson, Lamaze, Marchesseaux, Michon, Pochon, Powilewicz, Ribadeau-Dumas, Rouèche, Roulland, Sénechal, Spindler, Sorrel, Uhry, Veau, Porc'her.

Représentant le Conseil départemental de Seine-et-Oise. — MM. les docteurs Arsonneau, François, Perdrigeat, Valingot, Armandon (a démissionné).

Représentant le Conseil départemental de Seine-et-Marne. — MM. les docteurs Matry, Lacroix, Pelbois.

Le bureau était composé de : MM. Ribadeau-Dumas, président ; François, vice-président ; Gaye, secrétaire général ; Ausset, président de chambre de la Cour d'appel ; Bayon-Targe, vice-président du Tribunal civil, qui ont bien voulu assumer les fonctions de conseillers juridiques.

Le Conseil a tenu douze séances entre le 18 février 1945 et le 13 janvier 1946 ; il s'est réuni les 18 février, 18 mars, 15 avril, 27 mai, 10 juin, 24 juin, 8 juillet, 14 octobre, 28 octobre, 18 novembre, 9 décembre 1945 et 13 janvier 1946.

La première séance a eu lieu au siège administratif du Conseil régional, rue Serpente ; les séances suivantes à l'Hôtel Juigné, 60, boulevard de La Tour-Maubourg jusqu'au 10 juin, enfin à partir du 24 juin, le Conseil s'est réuni à la première Chambre de la Cour d'appel, Palais de Justice de Paris.

Au cours de ces audiences, 41 affaires ont été jugées :

Une plainte avait été déposée directement devant le Conseil régional.

Deux plaintes avaient été déposées par le Conseil départemental de Seine-et-Oise.

Les autres plaintes avaient été déposées par le Conseil départemental de la Seine.

Les dossiers peuvent être classés comme suit :

Certificat de complaisance	2
Association pour exploitation de cabinet	2
Publicité scandaleuse, établissement charlatanesque	3
Installation abusive en remplacement d'un déporté	1
Délivrance abusive de certificats	2
Différend relatif à une cession de matériel	1
Trafic de stupéfiants	1
Délivrance abusive de certificats de régime sur plainte de la police économique	16
Plainte de l'Union des Caisses d'assurances sociales	13

Les peines suivantes ont été prononcées :

Suspension de 5 ans du droit d'exercer. 1er dossier : Médecin couvrant un illégal. Publicité scandaleuse. Etablissement charlatanesque. — 2e dossier : Exercice de la profession dans un établissement charlatanesque.

Suspension de 5 ans du droit d'exercer. — 1er dossier : Installation abusive en remplacement d'un déporté. Publicité.

Suspension de 3 ans du droit d'exercer. — 1er dossier : Délivrance abusive de certificats de régime.

Suspension de 1 an du droit d'exercer. — 1er dossier : Certificats de complaisance. Trafic de titres de rationnement. — 2e dossier : Trafic de stupéfiants.

Suspension de 3 mois du droit d'exercer. — 1er dossier : Délivrance d'ordonnances par correspondance. — 2e dossier : Vente de produits pharmaceutiques à des taux supérieurs aux taux légaux.

Les plaintes de la police économique pour délivrance abusive de titres de rationnement ont été sanctionnées comme suit :

15 mois : 1 dossier ; 6 mois : 1 dossier ; 3 mois : 3 dossiers ; blâme : 2 dossiers ; avertissement : 5 dossiers ; relaxe : 4 dossiers.

Les plaintes de l'Union des caisses des Assurances sociales se décomposent comme suit :

Suspension de un an du droit d'exercer. — Certificats de complaisance et autres chefs d'accusation.

Admonestation. — Signature de feuilles de soins par tierce personne (2 dossiers).

Relaxe. — Erreur de tarification. Traitement irrationnel. Honoraires abusifs (3 dossiers). Inscriptions d'actes médicaux non effectués. Abus d'actes médicaux. Honoraires abusifs (2 dossiers).

12 condamnations infligées par le Conseil régional ont été portées en appel devant le Conseil national.

En date du 10 juin 1945, le Conseil a décidé que les médecins sanctionnés pourraient être condamnés aux dépens.

Restent actuellement à l'instruction environ 30 dossiers.

En conclusion des affaires concernant les délivrances abusives de titres de rationnement, le Conseil régional, tenant compte des conditions économiques des populations urbaines et de la très grande fréquence des cas de déficience organique d'une part, et tenant compte, d'autre part, de ce fait que seule la conscience professionnelle peut juger des nécessités diététiques et thérapeutiques, le Conseil régional a adressé à M. le Ministre de la Santé publique (séance du 24 juin 1945), un vœu attirant son attention sur les incidences des difficultés du ravitaillement sur la santé publique et sur certaines particularités de la distribution des denrées alimentaires dans la région parisienne.

Le Conseil régional, ayant eu à juger à plusieurs reprises des confrères âgés, a regretté vivement que le problème de la retraite des médecins n'ait pas encore pu trouver une solution affective.

M. le Dr Tissier-Guy, doyen d'âge du Conseil régional, élu le 26 mai 1946 ; M. le Dr Ribadeau-Dumas, président du Conseil régional provisoire et M. le Docteur Gaye, secrétaire général dudit Conseil, se sont rencontrés au siège administratif, 28, rue Serpente, le jeudi 16 mai 1946. M. Ribadeau-Dumas et M. Gaye ont assisté à la séance du Conseil régional nouvellement élu, au Palais de Justice de Paris, le 26 mai.

Le Secrétaire général :
Docteur Gaye.

Le Président :
Docteur Ribadeau-Dumas.

CHRONIQUE

Remise de l'épée d'honneur au professeur H. Hartmann

Cette cérémonie s'est tenue le mercredi 12 juin, sous la présidence de M. le recteur G. Roussy, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, trop exigu pour contenir la foule des amis et élèves, certains venus de loin pour féliciter leur maître vénéré de sa nomination à l'Académie des Sciences.

Successivement prirent la parole : M. Ockinczic, au nom des élèves, auxquels il associe les grands disparus Lecène et Cunéo ; le professeur Léon Bérard (de Lyon), au nom des amis ; le doyen Baudouin, au nom de la Faculté ; M. Basset, président de l'Académie de Chirurgie ; le médecin général inspecteur Rouvillois, président de l'Académie de Médecine, et enfin le recteur Roussy, président du Comité d'organisation qui remet l'épée au professeur Hartmann.

Celui-ci, très ému, remercie tous ceux qui ont bien voulu le couvrir d'éloges, en retraçant sa carrière. Et, avec humour et simplicité, il se met aussi à la raconter, à sa manière.

Venu des environs de Mulhouse à Paris pour faire sa médecine, sa seule ambition était d'être un petit médecin de quartier. Arrivé troisième à l'externat, il se décide à préparer l'internat. Dès l'année suivante, à son premier concours, il a le point d'interne. Pour retenir des places, ne connaissant personne d'autre, il va trouver son compatriote Merklen, qui le munit de chaudes lettres de recommandation pour quatre professeurs en médecine. Avant de les


"DIVINUM EST OPUS SEDARE DOLOREM"
HOMOPAVINE
PLUS ACTIVE QUE LA
MORPHINE
MIEUX TOLÉRÉE QUE L'
OPIUM
pas de constipation
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
AUX
LABORATOIRES DAUSSE. 4, RUE AUBRIOT. PARIS. 4e

porter, il a l'idée de passer au pavillon de dissection voir son prosecteur Kirmisson. Celui-ci, avec son énergie coutumière, déchire les lettres destinées à des professeurs, « de vieux ramollis » et le dirige sur de jeunes chirurgiens, qui d'ailleurs devinrent tous professeurs. C'est ainsi que Hartmann fut interne de Guyon, Lannelongue, Duplay, Terrier, et fit de la chirurgie.

Il eut aussi comme maître Lallier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, excellent clinicien et homme d'énergie, dont le professeur Hartmann évoque l'attitude courageuse lors de la Commune. Lallier empêcha, seul, au péril de sa vie, successivement les Communards, puis les Versaillais, de pénétrer dans l'hôpital rempli de blessés et de s'y battre.

En chirurgie, son vrai maître fut Terrier, dont il fut l'assistant pendant dix ans à l'hôpital Bichat. « C'était toujours le modèle des chirurgiens, mais pour la gentillesse et l'amabilité, ce n'était pas ça du tout, et c'est peut-être près de lui que j'ai pris cette... rudesse que vous me reprochez tous. » Il faisait donc partie de la « boîte à Terrier », considérée comme révolutionnaire et très mal vue des grands pontifes de la chirurgie. Cela lui fut un obstacle pour arriver aux hôpitaux et aussi à l'agrégation. Il refusa une place d'agrégé qu'on lui offrait s'il quittait son maître. Mais Terrier finit par s'imposer, et lorsque Terrier fut professeur, Hartmann fut agrégé.

Depuis lors « tout le reste est arrivé de soi-même, sans rien d'extraordinaire » et le professeur Hartmann se demande : « Au fond, qu'est-ce qui m'a fait arriver ? Je ne suis pas plus intelligent qu'un autre, mais j'ai travaillé. J'ai travaillé parce que j'ai été élevé dans un milieu où on a travaillé. Parce que j'ai eu la bonne fortune d'épouser une femme qui a accepté de ne pas aller en soirée, ni au théâtre. Les jeunes disent : « Il faut du piston pour arriver. » Non, ils n'ont qu'à travailler et eux aussi arriveront. »

En terminant, le professeur Hartmann raconte, toujours à sa manière, son élection à l'Académie des Sciences. Battu il y a dix ans, il avait bien juré de ne pas se représenter. C'est sur les instances de Roussy et Tiffeneau qu'il a fini par accepter « comme un enfant à qui on offre un gâteau finit toujours par le prendre ».

Charmante et émouvante cérémonie qui couronne dignement la carrière d'un grand chirurgien, un grand savant, un grand honnête homme.

M. L.

N'oublions jamais les atrocités scientifiques allemandes

Le 21 juin, à la Maison de la Chimie, a eu lieu, sous la présidence du professeur Champy, une nouvelle conférence sur « les médecins dans les camps nazis ».

Successivement, M. Henri Desoille et M. Gilbert Dreyfus, anciens déportés du camp de Mathausen, vinrent rappeler l'atrocité des camps d'extermination.

M. Desoille, avec documents à l'appui, démontra la pleine responsabilité des médecins allemands dans les crimes atroces et sadiques qui se commettaient journellement sous leurs yeux ou par leur ordre dans les camps allemands.

M. Gilbert Dreyfus raconta ensuite avec simplicité comment les médecins français, sans exception, organisèrent la résistance médicale, comment ils purent soulager ou sauver tant de victimes.

Avant la projection de trois documentaires effroyables (un américain, un français et un russe), M. Champy adjura ses confrères de ne jamais oublier les crimes dont le peuple allemand s'est rendu coupable et qu'il reste prêt à recommencer !

L.

Pierre Fredet (1870-1946)

Le 29 mai dernier s'éteignait doucement Pierre Fredet, qui a tenu une place importante parmi les chirurgiens de sa génération.

Il avait passé sa jeunesse en Auvergne, à Royat.

Son père, ancien interne des hôpitaux de Paris, occupait une place prépondérante parmi les médecins consultants de cette station.

Venu à Paris faire ses études de médecine, Pierre Fredet arriva à l'internat des hôpitaux de Paris en 1893 ; il eut comme maîtres Duplay, J.-L. Faure, Berger, Terrier. Chef de clinique de Duplay, il devint chirurgien des hôpitaux en 1907. C'est à la Charité et à la Pitié qu'il exerça jusqu'à sa retraite, en 1933.

Il fut élu membre de l'Académie de Médecine en 1935.

A la Société Nationale de Chirurgie, c'est lui qui occupait le fauteuil présidentiel lors de sa transformation en Académie et il eut l'honneur de présider, à la Sorbonne, la séance inaugurale de la nouvelle Compagnie.

Comme tous les chirurgiens de son temps, Pierre Fredet était élève de Farabeuf et, comme tel, passionné pour l'étude de l'anatomie. Ses premiers travaux sont : une étude du développement du péritoine et de l'accolement de ses feuillets, restée classique, et de laquelle ont découlé de nombreuses techniques opératoires ; une étude sur la formation des ligaments larges ; sa thèse (1899) sur les artères de l'utérus n'est pas moins connue.

Parmi ses travaux de chirurgie, il faut citer de nombreuses études de chirurgie osseuse : La résection du maxillaire inférieur avec prothèse immédiate, en collaboration avec Herpin (1916) ; la résection extra-capsulaire du genou dans les tumeurs blanches, qui fait l'objet de la thèse de son élève Rougeulle (1921) ; la suture précoce et le traitement ambulatoire des fractures de la rotule.

Il faut rappeler surtout ses importantes publications sur l'ostéosynthèse par plaques vissées dans les fractures diaphysaires, dont il se montre un fervent partisan lors des discussions sur ce sujet à la Société de Chirurgie.

Mais ce qui restera attaché au nom de Fredet, et le fera passer à la postérité, c'est l'opération de la pylorotomie extra-muqueuse dans la sténose du pylore par hypertrophie musculaire chez le nourrisson, dont il fixe, dans de multiples publications (1921 à 1935) les indications, la technique et les résultats, opération bénigne, qui a sauvé la vie à des centaines de petits enfants.

Fredet s'est aussi beaucoup intéressé à l'anesthésie. Membre fondateur de la Société d'anesthésie, il en devint le président. Il était l'auteur d'un appareil d'anesthésie au chloroforme. Après avoir étudié l'anesthésie générale par les dérivés de la malonylurée, il préconise successivement l'anesthésie au numal, puis à l'allyl.

Pierre Fredet avait succédé à son maître Blum comme médecin en chef de la Compagnie P.-L.-M. et, dans cette partie importante de son activité, il se montra un grand administrateur. A côté de questions purement médicales, il sut introduire et développer dans le réseau des œuvres médico-sociales importantes. En 1929, avec L. Bazy, il avait fait un voyage d'études aux Etats-Unis et au Canada et déposé à son retour des rapports importants sur « l'Hospital association », le « Relief department » aux U. S. A., « la First aid » du Canadian Pacific et la « Préservation des Accidents » aux usines Ford. Il réorganisa complètement le service médical du réseau, créant des dispensaires pour le personnel, un poste de secours à la gare de Lyon, à Paris, des trains et wagons sanitaires.

D'un abord un peu froid, réservé, Fredet était un ami sûr et loyal. D'une intégrité professionnelle et scientifique absolue, il a été de ceux qui, par la dignité de leur carrière, leur labeur et l'étendue de leur savoir, ont contribué à maintenir haut le bon renom de la chirurgie française. Sa perte a été vivement ressentie par ses nombreux amis et élèves.

Que Mme Fredet veuille bien trouver ici l'expression de leur respectueuse sympathie.

M. Lance.

Nécrologie

Le Dr Louis Martin, directeur honoraire de l'Institut Pasteur, ancien président de l'Académie de médecine, membre de l'Académie des sciences, grand'croix de la Légion d'honneur.

— Le Dr Pierre Wiart, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris.

— Le Dr Dandy, de Baltimore (U.S.A.), neuro-chirurgien éminent, il était membre correspondant étranger de l'Académie de chirurgie de Paris.

LIVRES NOUVEAUX

L'Anémie, par le professeur agrégé Paul Chevallier, médecin des hôpitaux. Un volume 168 pages, in-8° raisin, 200 francs., à l'Expansion Scientifique Française, éditeur, 23, rue du Cherche-Midi, Paris (6e).

Nombreux sont les livres qui décrivent les anémies une par une. L'ambition de celui-ci a été de faire comprendre ce qu'est une anémie et ce qui différencie les diverses anémies. Le titre pourrait en être : sur quoi se baser pour faire le diagnostic et le pronostic d'une anémie et la soigner correctement ?

L'auteur n'a pas hésité à se répéter toutes les fois qu'il l'a jugé utile pour être clair.

Afin de mettre en valeur les faits les plus importants, il n'a pas hésité à négliger l'accessoire ; parmi les anémies il a choisi les plus typiques et les plus fréquentes, ne s'est pas occupé du tout, ou n'a fait que signaler, les syndromes rares ou discutés

L'ouvrage a été écrit pour l'étudiant et le praticien. Mais il s'adresse aussi à l'hématologiste, par le soin qu'il apporte à décrire exactement les aspects microscopiques du sang et à signaler les images qui peuvent conduire à des erreurs d'interprétation.

L. G.

Les Méthodes actuelles de traitement de la syphilis. In-8° raisin, 80 pages, 75 fr. Expansion scientifique française, éditeur.

Le troisième fascicule des Actualités dermato-vénéréologiques est consacré, en 1945, aux méthodes actuelles de traitement de la syphilis. L'opportunité de cette mise au point s'impose au moment où de nouvelles méthodes ou techniques sont proposées. De cet apport une certaine confusion, qui laisse le spécialiste, aussi bien que le praticien, indécis dans son choix L'avènement des arsénones et de la pénicilline parait, notamment, apporter de de grands progrès dans la thérapeutique de la syphilis, encore que leur emploi n'en soit pas définitivement codifié.

Tous les aspects de la syphilithérapie sont successivement envisagés dans cette monographie. Après un exposé des principes généraux du traitement par le Professeur Gougerot, les méthodes classiques sont l'objet d'articles du Professeur Gougerot sur la pratique de ce traitement, de Duperrat sur les médications et les techniques usuelles (arsénobenzènes et métaux lourds), de P. Chevallier sur son expérience de la méthode personnelle, de Pollitzer, d'A. Vernes sur les principes de sa méthode personnelle, du Professeur Sézary sur le traitement de la paralysie générale par le stovarsol sodique. Les méthodes récentes sont longuement étudiées : les arsénones par Durel, Degos, Fernet, Collart et Deniziot, la pénicilline par Gole. Enfin, dans un chapitre de synthèse, Touraine résume les directives tactiques, techniques et morales sur lesquelles un accord unanime peut être fait.

Cet ouvrage résume donc toutes les notions indispensables au traitement de la syphilis, en milieu de dispensaire comme au cabinet du médecin.

L. G.

Les Mastoïdites, par Georges Portmann, Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique à l'Université de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie de médecine, Jean Despons, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux et Max Berger, oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux de Bordeaux. Un volume de 493 pages avec 155 figures et 2 planches hors texte en couleurs, 520 francs. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1945.

La connaissance clinique de l'infection temporale, le problème souvent délicat de son diagnostic et celui plus délicat encore de la sanction thérapeutique, ne peuvent être pleinement compris du praticien que si celui-ci, en dehors de ses dons d'observation et de son expérience, garde en toutes circonstances présentes à sa mémoire les considérations embryologiques, anatomiques, pathogéniques et anatomo-pathologiques nécessaires. C'est ce qui explique l'importance donnée par les auteurs à la première partie de cet ouvrage.

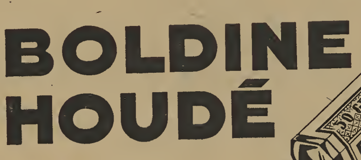
La mastoïde, telle qu'il faut la comprendre au point de vue anatomo-clinique et chirurgieal, ne peut être dissociée de l'os temporal. C'est pourquoi les auteurs étudient, au cours de cet ouvrage, l'évolution et le développement normal de cet os, dans ses différentes parties ; la portion écailleuse, la portion pétreuse et la portion tympanale.

Ainsi, après avoir envisagé l'embryologie du temporal, la façon dont se constituent l'oreille moyenne et ses prolongements que sont les cellules pneumatiques, ils exposent comment se comporte le processus infectieux, son développement à l'intérieur du système pneumatique membraneux, puis ses voies d'extériorisation à travers l'os et les complications qui en résultent.

Cette étude anatomo-pathologique les amène tout naturellement aux différents syndromes cliniques que sont les mastoïdites, les para-mastoïdites temporo-zygomatiques et les pétrosites et à la thérapeutique médico-chirurgicale et correspondant à chacune de ces affections.

L. G.

Les sources de rayons infra-rouges, leur utilisation en pratique journalière, par Jean Saidman. Un volume de 252 pages avec 80 figures dans le texte, 92 fr. 50 G. Doin, éditeur, Paris, 1946.





GRANULES
TITRÉS
A 1 milligramme

3 à 6 par jour



LITHIASE BILIAIRE
CONGESTION DU FOIE
INSUFFISANCE HÉPATIQUE
HYPERTROPHIE DU FOIE
COLIQUES HÉPATIQUES
ICTÈRE

DERUFFE

VENTE EN GROS
Laboratoires HOUDÉ, 9, rue Dieu, PARIS

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 2e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 14. — 15 juillet 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), **PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31**

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, **150 fr.** Etudiants, **75 fr.**; Etranger, **225** et **270 fr.** *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER, 116, boulevard Raspail, PARIS (6e). Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de chirurgien des hôpitaux

Ont été nommés :
1er concours : M. P.-L. Chigot.
2e concours : M. Claude Olivier.

Concours de médecin des hôpitaux

Ont été nommés : MM. Milliez, Klotz et Vignalou.

Concours de l'Internat normal de 1946

Questions sorties à l'oral :

17 juin. — 1re séance : S. et complications des oreillons. — S., D. et T. des fractures transcervicales du fémur.

17 juin. — 2e séance : Endocardite maligne d'évolution lente (maladie d'Osler). S., évolution et D. — D. des métrorragies de la ménopause.

20 juin. — Arthropathies tabétiques, S. et D. — Anthrax de la nuque.

21 juin. — 1re séance : S., évolution et T. de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. — S. et D. du mal de Pott sous-occipital chez l'enfant.

21 juin. — 2e séance : S. et D. du pneumothorax spontané. — S., D. et T. des fractures de la rotule.

22 juin. — S. et D. du cancer de la langue. — S. et D. de la sciatique.

23 juin. — 1re séance : Colique hépatique. — D. des tumeurs du sein chez la femme.

23 juin. — 2e séance : S., D. et T. de la maladie d'Addison. — S., complications et T. des fractures, dites de Dupuytren, récentes.

24 juin. — 1re séance : Epilepsie Bravais-Jacksonienne. S. et D. — Diagnostic et traitement de la perforation de l'ulcère duodénal dans les vingt-quatre premières heures.

24 juin. — 2e séance : Œdème aigu du poumon, S., D. et T. — Hernie crurale étranglée.

27 juin. — S., D. et pronostic de la pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse de la grande cavité. — Examen clinique et diagnostic d'un traumatisme fermé récent de l'épaule.

28 juin. — 1re séance : Formes cliniques du zona. — S., D. et indications thérapeutiques de la tumeur blanche du genou.

28 juin. — 2e séance : Examen clinique d'un malade dans le coma. — S., D. et complications du cancer du côlon pelvien.

29 juin. — S., D. de l'angine de poitrine. — Complications des kystes de l'ovaire (sans le traitement).

30 juin. — D. et traitement de l'éclampsie puerpérale convulsive. — S. et D. de la lithiase cholédocienne.

Concours spécial pour la nomination à des places d'attachés d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris

Ce concours sera ouvert le mercredi 2 octobre 1946.

Les inscriptions seront reçues du lundi 19 août au lundi 9 septembre 1946.

Concours spécial pour la nomination à des places d'assistants d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris

Ce concours sera ouvert le jeudi 17 octobre 1946.

Cette séance sera consacrée à l'épreuve sur titres. Chaque candidat devra, au moment de son inscription, déposer en dix exemplaires la liste de ses titres, ainsi que ses travaux scientifiques avec les références militaires, universitaires, hospitalières. Chaque exemplaire de ces titres ne devra pas dépasser vingt pages dactylographiées.

Les inscriptions pour ce concours seront reçues au Bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (escalier A, 2e étage), du vendredi 13 septembre au vendredi 4 octobre 1946, inclusivement.

Concours normal de l'Internat des hôpitaux communaux et intercommunaux de la Seine Seine-et-Oise et Seine-et-Marne

Ont été reçus :

MM. Auvert Jean, 50 ; Dujardin Antoine, 44 ; Guérin Robert, 42 ; Vanderpooten Claude, 42 ; Chambraud Roger, 41 ; Teinturier Jacques, 41 ; Guillaumin Jean-Pierre, 41 ; Gaine Jean-Claude, 40 ; Fores Claude, 40 ; Mariette Louis, 39 ; Avril Jean, 39 ; Chateau Michel, 39 ; Fontaine Claude, 39 ; Goujon Camille, 38 ; Le Percq Gaston, 38 ; Jeanbourquin Pierre, 37 ; Etienne Michel, 37 ; Michel René, 37 ; Téqui André, 36 ; Martin Pierre-Albert, 34 ; Vidal Louis, 34 ; Collot Francis, 34 ; Delatre Georges, 33 ; Le Chevrel Bertrand, 33 ; Roisin René, 33 ; Chevallier Pierre, 32 ; Mme Lebailly Geneviève, 32 ; MM. Thomas Jean, 32 ; Wattebled Robert, 32 ; Landreat Jean, 32 ; Lejeune Olivier, 31 ; Lécuyer Roland, 31 ; Mme Cruciani Christiane, 31 ; MM. Roussillon Jean, 31 ; Picard François, 31 ; Bézard Jean, 30 ; Girard Jacques, 30 ; Closier Jean, 30 ; Vincent Roger, 30 ; Mme Frey Edith, 29 ; MM. Pironneau, Armand, 29 ; Moigneteau Charles, 28 ; Foix Henri, 28 ; Heyblon Robert, 28 ; Bouteille Francis, 28 ; Gourio François, 28 ; Mme Wattebled Marguerite, 27 ; MM. Brulet René, 27 ; Cahn Léon, 27 ; Rouam-Som Léon, 27 ; Claude André, 27.

Hôpitaux de Nancy

Liste des internes et des externes reçus à la suite des concours :

Concours d'internat en médecine

Concours spécial de « Remplacement » du 7 janvier 1946 :

M. Benichoux Roger.

Concours spécial « Supplémentaire » du 4 mars 1946 :

MM. Remy Michel, Lepoire Jean, Beurey Jean, Arnould Pierre, Marchal Jean,

Lesure Jean, Algan Bernard, Delestre Joseph.

Concours du 18 mars 1946 :

MM. Rauber Guy, Willig Pierre, Blanc Henri, Sadoul Paul. Externes en 1er : MM. Cadiot Pierre, Schoumacker Pierre, Milot Pierre.

Concours d'externat

Concours spécial de « Remplacement » du 12 novembre 1945 :

MM. Franck Emile, Ladique Jacques, Hickel Louis.

Concours spécial « Supplémentaire » du 10 décembre 1945 :

MM. Didon Pierre, Gaussin Daniel, Claude Etienne, Arnould Georges, Dornier Robert, Zyzeck Léon, Jeangeorges Charles, Bassot Jacques.

Concours du 1er avril 1946 :

MM. Hahn Philippe, Sommelet Jean, Marchal Bernard, Mlle Moisson Claude, MM. Roset Jean, Lamy Pierre, Grosdidier Jean, Guillemin Paul, Creusot Jean, Mme Christal Marguerite, Mlles Pellier Elisabeth, Messin Marie-Françoise, MM. Marc Gabriel, Leroux Pierre, Bastien Pierre, Zeliker André, Pillot Pierre, Grilliat Jean-Pierre, Houchard Jean, de Lavergne Emile, Kolb Jean-Pierre, Mlle Wagenknecht Anne-Marie, MM. Petitmengin Daniel, Cuny Gérard, Aubert Paul, Hartemann Pierre, Vaillant Marcel, Mlle Chailley-Bert Jacqueline, M. Heck Roger.

Hôpital d'Orléans. — Un concours sur épreuves, en vue du recrutement d'un chirurgien adjoint et d'un médecin adjoint, aura lieu à l'hôpital d'Orléans, le mardi 1er octobre 1946.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à M. le médecin inspecteur divisionnaire de la Santé, 26, boulevard Alexandre-Martin, Orléans.

Hôpitaux militaires. — Sont nommés assistants des hôpitaux militaires, à la suite du concours de 1946, les médecins capitaines dont les noms suivent :

1re section de médecine : MM. Guibert, Verrier, Lenoir, Garnung, Baylon, Ablard, Darbon et Hosotte.

2e section de chirurgie : MM. Mougenot, Rouffilange, Rachou, Delrieu, Perrin, Padritge, Boucheron et Bourdet.

3e section d'électro-radiologie : MM. Dupeyron, Duranceau, Sarrouy, Bourrel, Pietra, Hébrard, Henault et Duthil.

(J. O., 25 juin 1946.)

Facultés de médecine

Bourses. — Le concours des bourses, qui devait avoir lieu le 18 juillet, est reporté au 29 juillet. Inscriptions closes le 26 juillet à 18 heures.

Facultés de province

Alger. — M. Mounet, professeur sans chaire, est nommé professeur titulaire de la chaire de pharmacie. (Dernier titulaire, M. Musso.)

Marseille. — M. Carcassonne, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie chirurgicale. (Dernier titulaire, M. Moirond.)

Strasbourg. — M. Boivin, chef de service à l'Institut Pasteur, est nommé professeur titulaire de la chaire de chimie biologique.

M. Werler, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de clinique médicale. (Dernier titulaire, M. Merklen, décédé.)

M. Max Aron, professeur sans chaire, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histologie. (Dernier titulaire, M. Bovin.)

M. Kayser, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de physiologie. (Dernier titulaire, M. Schaeffer.)

Légion d'honneur. Armées

Commandeur. — Méd. com. Clovis Vincent, méd. lieut.-col. Robert Monod, méd. col. Martinaud, méd. col. Imbert (Georges-Grégoire).

(Ces décorations comportent la croix de guerre avec palme.)

Officier. — Méd. comm. Angèle, Mourgues-Molines, Soula et de Vernejoul, Mme Bertrand-Fontaine, méd. lieut.-col. Ternier, méd. comm. Silberstein, méd. lieut.-col. Béhague, méd. col. Bergier, méd. comm. Batailh, méd. cap. Henri Lafitte, Dr Plichet, méd cap. Henri Aboulker.

(Croix de guerre avec palme.)

Chevalier. — Méd. cap. Chipaux, méd. comm. Fontaine, méd. cap. Manquène de Verville, méd. lieut. Jacqueline Retourne, colonel Claude Monod, méd. comm. Bergouignan, Maheo et Uhry, méd. lieut. Fritschi et Quehinnec, docteur et doctoresse Fresnel, méd. cap. Gernez et Minne, méd. lieut.-col. Serafino, méd. lieut. Richard, méd. comm. Bernard, méd. lieut. Herbert, méd. comm. Hector Descomps et Pierre Flandrin, méd. cap. Guillet, Schumacher, dit Mangeon et Trillat (A. G.), méd. lieut.-col. Merle d'Aubigné, méd. lieut. Combet et Darnis, méd. cap. Debray et Roger (J.), méd. lieut. Cahn (H.), Dr Joseph Jouannot, méd. lieut. Coudert, méd. cap. Ducournau, méd. comm Arnal, méd. cap. Robert (Paul), Dr Germaine Abeille, méd. cap. Rocher (J.) et Chambon, méd. lieut. Nahas (G.) et Suire, méd. comm. Salesses et Wicart, Mme le Dr Aboulker-Defferre, méd. lieut. Milliez et Hanen (alias Martin), méd. comm. Durand (Paul), méd. s.-lieut. Wetterwald, Mme Yvonne Pagniez, méd. lieut. Boutbien, méd. principal de la marine Delacoux des Rodeaux, méd. de 2e cl. de la marine Manquenne.

(Toutes ces croix comportent l'attribution de la croix de guerre avec palme.)

Chevalier a titre posthume. — Méd. cap. Gerbier, méd. lieut. Bourdongle, méd. cap. Fischer, méd. lieut. Mercier, méd. comm. Reiss, méd. cap. Vernier, méd. s.-lieut. Roche, méd. lieut. Fiszman et Zozol.

Le capitaine François Huber, fusillé par les Allemands dans le maquis du Rouergue. Il était le fils de notre bien cher confrère le Dr Julien Huber, médecin des hôpitaux.

Voici le texte du motif :

« Jeune officier de grande valeur, énergique et brave, appartenant à l'O. R. A., a été chargé d'une importante mission de liaison, le 14 août 1944, au cours de laquelle il a été arrêté par une colonne allemande de répression dans le village de Nant. Grâce à son sang-froid et à son énergie, n'a rien révélé au cours des interrogatoires qu'il a subis qui puisse nuire à son organisation. Est mort en héros, fusillé par les Allemands. Déjà cité. »

(Croix de guerre avec palme.)

Médaille militaire

Méd. aux. Rucart et Huyghe.

(Croix de guerre.)

Médaille militaire à titre posthume

Méd. aux. Rebertot (Michel) et Rebertot (Jean).

(Croix de guerre.)

Citations à l'ordre de l'armée

Méd. aux. Wiel, Fournier et Giraud, méd. cap. Doossans-Cazaban, Germain et Mitrani, méd. lieut. Prat, méd. aux. Hincky, méd. lieut. Magne, méd. aux. Dessallé, Piat, méd. cap. de Tayrac, Collet et Le Gall, méd. lieut. Nahas, méd. s.-lieut. Pette, méd. lieut. Guttières et Siméon, méd. cap. Roux.

Citations à l'ordre de l'armée

A titre posthume : Méd. aux. Creisson, méd. comm. Raymond, méd. aux. Navello, élève du S. de Santé de la marine Parde, méd. comm. Babin, méd. cap. Fritsch et Akopodjanian, méd. lieut. Mazet (Henri), méd. cap. Pesque, Dr Mouras (Bernard).

Médaille de la Reconnaissance française

Argent. — MM. les Drs Bétoulières, à Decazeville ; Josso, à Aubenton ; Mans, à Saint-Venant.

Bronze. — M. le Dr Caussat, à Saint-Affrique ; M. Coste, étudiant en médecine, à Bompas ; le médecin capitaine Lemoine, à Marseille.

Ministère de la population

Cabinet du ministre : Directeur, M. Roger Monnin ; chef de cabinet, M. J.-M. Auby ; chef adjoint, M. J.-M. Calle ; chef du secrétariat particulier, Mlle Geneviève Archambault ; chargé de mission, le Dr Maurice Mayer, gynécologue accoucheur des hôp. de Paris ; attaché parlementaire, M. Jean Pensa ; attaché de presse, M. Alain Guichard ; attachés de cabinet, Mme Roger Collas, Mlle Geneviève Ménager, le médecin commandant Brunet, M. André Flahaut.


Un succédané
du PLASMA
SANGUIN
SUBTOSAN
SOLUTION DE POLYVINYLPYRROLIDONE
permet de différer ou de remplacer
la TRANSFUSION
DANS TOUS LES ÉTATS PATHOLOGIQUES PROVOQUANT UNE DIMINUTION DE LA MASSE LIQUIDE DU SANG
HÉMORRAGIES
ÉTATS DE CHOC
BRÛLURES
ATHREPSIE
CACHEXIE
Ampoules stériles de 500 cm³
Injections goutte à goutte intraveineuses
ODETTE ZEAU
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21 RUE JEAN GOUJON · PARIS-8e
TÉLÉPHONE · BALZAC : 22-94


TREPHONYL
Extrait de foie fœtal
Extrait embryonnaire total
Sérum Hémopoïétique de cheval
ANÉMIES SYMPTOMATIQUES
Insuffisance
de la sécrétion lactée
1 à 2 ampoules par jour
ROUSSEL
LES LABORATOIRES ROUSSEL
Institut de Sérothérapie Hémopoïétique
97 Rue de Vaugirard . PARIS (6e)
48


les Vaccins
des
LABORATOIRES DU Dr P. ASTIER
42, Rue du Dr Blanche
PARIS (XVIe)
COLITIQUE Anticolibacillaire buvable
STALYSINE Antistaphylococcique
buvable
injectable
filtrat
PHILENTEROL
VACCIN BUVABLE PRÉ & POST OPÉRATOIRE
Colibacilles
Entérocoques
Staphylocoques

REVUE GÉNÉRALE

LE SPLANCHNIQUE
DANS LES STASES VÉSICULAIRES FONCTIONNELLES

par le Professeur E. Mériel (de Toulouse)

« Tous les chirurgiens connaissent bien ces états pseudo-lithiasiques où l'examen clinique, et parfois même la cholécystographie les avaient poussés à intervenir. A l'ouverture du ventre, à leur grande surprise, ils ne trouvent aucun calcul, ni dans la vésicule, ni dans les voies biliaires. » (Servelle). C'est là, en effet, un état de stase vésiculaire bien particulier qui donne ce syndrome pseudo-lithiasique et que Chiray et Pavel ont dénommé cholicystatonie. La vesicule ainsi découverte à l'ouverture du ventre, paraît un peu plus grande en état d'atonie ; de plus, elle renferme une bile épaisse, dite « boueuse ». Suivant leur tempérament, les chirurgiens terminent cette intervention par une cholécystostomie ou par une cholécystectomie. Mais ces deux opérations s'avèrent être insuffisantes, après un soulagement temporaire, car les accidents douloureux reparaissent. L'ablation de la vésicule ou son simple drainage ont eu, en effet, pour résultat de « fixer les phénomènes douloureux, parfois même de les aggraver ». On est ainsi porté à chercher plus avant la cause réelle de ces accidents douloureux. Celle-ci réside dans l'état de stase dans le réservoir biliaire, ainsi que l'ont montré les études de Chiray et Pavel. Bien individualisee par ces auteurs, la stase vésiculaire reconnaît deux sortes de causes provocatrices : *a*) des causes organiques ou mécaniques qui brident la vésicule ou ses conduits excréteurs, empêchant l'évacuation du réservoir biliaire, c'est le cas de la péricholécystite d'origine appendiculaire (péri-duodénite de Duval, Roux et Béclère), d'origine pleurale (Piéry), d'origine utéro-annexielle, c'est le cas aussi des stases mécaniques, par coudure du cystique, par compression duodénale au niveau du col, de la ptose vésiculaire et cholécystocèle, du volvulus de la vésicule, nous n'en parlerons pas ici ; *b*) des causes fonctionnelles gênant l'évacuation de la vésicule, attendu que les conduits sont anatomiquement normaux ; seules elles retiendront notre attention.

Entre ces deux stases existent donc des différences fondamentales, non seulement au point de vue de la pathogénie, mais encore à celui de la clinique, et surtout de la thérapeutique.

Nous laisserons donc de côté les stases mécaniques pour n'envisager que les stases d'origine fonctionnelle, appelées *cholécystatonies* par Chiray et Pavel. Ce terme est préférable à ceux de dyskinésie, de stagnation biliaire, ou même de « *vésicule de stase* » employé par l'école lyonnaise, surtout parce qu'il objective exactement la pathogénie et la physionomie clinique du syndrome. En effet, par opposition aux stases hypertoniques de Berg, à base de spasme, il s'agit de stases hypotoniques (Westphall), où au lieu de spasmes (par infection de la région oddienne ou par infections vésiculaires) c'est l'atonie seule qu'il faut incriminer.

Or « *qui dit atonie dit trouble de l'innervation pariétale* » (Servelle) et c'est par suite à l'un des deux systèmes d'innervation, le vague et le sympathique qu'il faut demander l'explication de cette stase. De la réponse découlera naturellement l'indication thérapeutique à fixer.

D'après la définition de Westphall, il s'agirait d'une hypofonction de la musculature des voies biliaires par excitation du sympathique ou paralysie du vague avec chute du tonus de la vésicule biliaire (Gutmann). C'est cette forme qu'on observe souvent (Chiray) chez les épuisés nerveux, les neurasthéniques, les malades à tendances dépressives. Mais également on peut incriminer la déficience du système musculaire (chez les phtisiques, les malades à parois atones, présentant le syndrome biasthénique de Loeper). De même, on peut invoquer toutes les causes gênant l'évacuation vésiculaire qui, d'ordre organique, peuvent à la longue et par fatigue, aboutir à l'atonie (Schmieden). D'une façon générale, il est probable qu'il existe des combinaisons organo-fonctionnelles telles que dysfonctionnements vago-sympathiques, déficience musculaire, ptose et coudures qui peuvent entrer en jeu chez des sujets prédisposés, des entéroptosiques (Gutmann).

N'y a-t-il pas là d'ailleurs un mécanisme pathogénique analogue à celui qui produit la typhlatonie, le dolicho-mégacôlon, la dolichogastrie ? L'hypothèse nous paraît valable. On peut demander à la physiologie de la vérifier et de la confirmer. Cependant la réponse est variable selon les auteurs. Les uns, comme Doyon, considèrent le splanchnique comme un nerf moteur, tandis que pour les autres, ce rôle appartient au vague. D'autres enfin, à la suite de Westphall contestent le rôle de ce système nerveux extrinsèque, puisque chez l'animal la section double du vague et du splanchnique n'est suivie d'aucun trouble de la motricité des voies biliaires.

Or un fait clinique est venu démontrer à Leriche (en mai 1941) qu'il s'agissait dans ce cas d'une dystonie due à une prédominance des splanchniques. Après une cholécystectomie, la radio montrait une dilatation du cholédoque et du canal hépatique, avec un obstacle incomplet à un centimètre au-dessus de l'ampoule de Vater. Une infiltration du splanchnique droit ayant été pratiquée, au bout de quelques minutes apparurent des contractions cholédociennes plus intenses et plus rapides, et précédées par des contractions duodénales violentes. On réintervint pour enlever ce calcul qui occupait la partie basse du cholédoque. Toutefois on avait pu se rendre compte de l'action du splanchnique sur la motricité des voies biliaires. Mallet-Guy ayant eu la connaissance de ce fait eut l'idée de l'appliquer à la cholécystatonie (27 oct. 1941). Le succès vint confirmer ses prévisions et depuis lors, lui et ses élèves en ont apporté de nouvelles et décisives démonstrations.

L'un d'eux, R. Guillet, dans une remarquable étude physiologique, tant sur l'animal que sur l'homme, relativement aux effets de l'infiltration splanchnique sur l'image cholécystographique, ainsi que par la radio-manométrie et par le transit lipiodolé, arrive à conclure, contrairement aux idées anciennes de Doyon, que « on peut affirmer que les nerfs splanchniques inhibent le tonus de la musculature vésiculaire, tandis que les vagues le renforcent ». Ces nerfs ont une action identique sur le cholédoque et le sphincter d'Oddi. C'est ainsi, ajoute-t-il, dans son argumentation très serrée, que « l'infiltration ou la section des splanchniques augmente le tonus vésiculaire, resserre le calibre cholédocien, renforce la résistance du sphincter d'Oddi et diminue le calibre duodénal. A l'opposé, la section des vagues ou l'atropinisation diminue le tonus vésiculaire, relâche le cholédoque, abaisse la résistance du sphincter d'Oddi et dilate enfin le duodénum ».

Ainsi donc il est prouvé par ce qui précède, que splanchnique et vagues sont les nerfs du tonus de la musculature du tractus biliaire. L'onde contractile née sur le fond vésiculaire (Mallet-Guy et Ponthus) progressant vers le cholédoque, précédée d'une onde de relâchement jusqu'au sphincter, va se trouver, par l'action de ces nerfs accélérée si les vagues entrent en action, et freinée sous l'action des splanchniques.

Une fois exposée cette interprétation de l'*innervation contraire,* R. Guillet abordant la question de la sensibilité des voies biliaires, pense que les splanchniques assurent la transmission de cette sensibilité. Si, en effet, on distend artificiellement la vésicule au cours d'un *examen radiomanométrique* (1), on déclenche une crise douloureuse, analogue à une colique vésiculaire ou cholédocienne. Si, à ce moment, on fait l'infiltration splanchnique, bien qu'elle augmente la résistance du sphincter d'Oddi, on observe la disparition des douleurs. « Cette notion du splanchnique, nerf sensible, dit encore Guillet, doit rester présente à l'esprit quand on discute les résultats de la splanchnicectomie chez l'homme. »

Chez l'homme malade, quand sous l'effet d'une hypersympathicotonie, se manifeste une stase intestinale ou biliaire, la section d'un splanchnique associée ou non à une sympathectomie lombaire, rétablit l'équilibre rompu entre les deux systèmes nerveux, et la fonction intestinale ou biliaire redevient normale. Leriche et Mallet-Guy ont à ce sujet apporté des faits de guérison durable depuis plusieurs années (Guillet).

Cette action du splanchnique sur la musculature des voies biliaires s'est encore trouvée vérifiée chez une malade de Savy (Servelle), où l'infiltration fit réapparaître des contractions suffisantes pour que la bile qui, depuis trois semaines se drainait imparfaitement (selles décolorées) pût s'écouler ensuite de façon suffisante pour recolorer les matières.

De même, chez une malade de Servelle qui, depuis trois ans, souffrait d'une stase duodénale et présentait un ictère franc, la première infiltration amena une disparition rapide de l'ictère et du prurit, ainsi qu'une recoloration des matières.

Tout cela établit bien l'action des splanchniques sur la musculature des voies biliaires, et c'est ce mécanisme physiologique qu'on doit avoir présent à l'esprit quand on aborde le traitement de la cholécystatonie ou vésicule de stase (stase fonctionnelle). Ainsi les théories modernes sur la pathologie fonctionnelle par dystonie végétative s'opposent aux anciennes théories mécanistes. C'est en effet aux dystonies, aux neurotonies qu'appartient la cholécystatonie, de même que les ptoses et les atonies observées dans le reste de l'appareil digestif (Chiray).

Passant maintenant à l'étude clinique, nous voyons que les faits se présentent différemment soit qu'il s'agisse d'hypotonie (vésicule intolérante avec spasme de l'Oddi, récidive de cholécystectomie rapportée à un spasme du sphincter cholédocien, spasme isolé de l'Oddi) ou d'atonie (insuffisance de l'Oddi, dilatation idiopathique du cholédoque, cholécystatonie pure). De ces diverses conjonctures, nous ne retiendrons ici que la thérapeutique

(1) Sur la technique de la radiomanométrie, consulter la thèse de R. Guillet (Lyon 1942).

des stases fonctionnelles de la vésicule dont le tableau clinique ainsi que le traitement ont réservé bien des surprises ou des déceptions au chirurgien.

Il n'est pas en effet exceptionnel, au cours d'une intervention faite avec un diagnostic de cholécystite chronique, de ne rencontrer dans l'hypochondre droit qu'une vésicule presque normale et simplement distendue. Ponctionnée, cette vésicule donne une bile épaisse, noire, témoignant de stase biliaire. Que faire en pareil cas ? La recherche de quelques adhérences de péricholécystite, de coudures du cystique qu'on s'applique à redresser ne saurait suffire. Certains croyant reconnaître quelques signes d'une infection atténuée, se sont laissés aller à enlever cette vésicule distendue. Les suites furent loin d'être satisfaisantes, car les opérés aggravés se représentaient ensuite à eux.

L'écho de ces échecs étant parvenu à d'autres opérateurs engagèrent ceux-ci à s'en tenir à une cholécystostomie. Mais là aussi ce drainage n'amenait qu'une amélioration temporaire : venait-on à le supprimer, la rechute s'ensuivait aussitôt. C'est alors que pour assurer la permanence du drainage, on pensa à le faire intraabdominal, par le moyen d'une anastomose bilio-digestive. Lambret a indiqué plusieurs tentatives d'anastomoses pour les vésicules de stase, mais sans apporter les résultats. Soupault et Mallet-Guy bien que concluant que « il reste une place à la cholécysto-gastrostomie dans les syndromes pseudo-lithiasiques, une grande circonspection doit être ici de règle ; il faut, à notre sens, disent-ils, avant d'anastomoser une vésicule, une raison précise telle que, par exemple, la notion d'une sténose relative de la région vatérienne, indiquée par le lipiodol ». (*Rapport au Congrès de Chirurgie*, 1945). Cette condition requise d'une sténose vatérienne n'existant pas dans la stase fonctionnelle qui nous occupe, cette intervention n'a pas de place ici. D'ailleurs, dans ces anastomoses bilio-digestives, la stase fonctionnelle persistant, le résultat ne répondrait pas aux espoirs. Chiray et Pavel ont donc donc pu dire justement : « la chirurgie n'a rien à faire ici. » A cette formule catégorique, il y a possibilité d'apporter quelque atténuation pour les cas où le traitement médical bien conduit connaît à son tour des échecs, et que à ce moment le chirurgien peut avoir son mot à dire.

Rappelons pour cela quelques aspects caractéristiques de cette vésicule de stase. Anatomiquement, la vésicule est grosse, distendue mais libre, c'est-à-dire sans péricholécystite ni mésocholécystite anormalement développé (vésicule flottante), ni coudure du cystique. La ponction a retiré une bile épaisse, noirâtre, hyperconcentrée, mais stérile. Pour Chiray et Pavel en effet il n'y a pas trace d'inflammation.

En regard de cette pauvreté de lésions anatomiques, les signes cliniques par contre sont particulièrement accusés : on y distingue des symptômes vésiculaires, on observe une zone plus ou moins douloureuse sous-costale droite et s'étendant parfois à la région épigastrique. Dans ce dernier cas, la douleur est sans rapport avec l'horaire et la périodicité caractéristiques des crises douloureuses.

Localement, on peut percevoir parfois le globe vésiculaire proéminent sous les côtes. Mais en réalité cette perception du relief cholécystique est rare et difficile. En tous cas, la pression de la région vésiculaire est douloureuse.

Les malades se plaignent d'une sorte de boule au-dessous du rebord costal ; cette sensation s'exaspère pendant la période prémenstruelle, et diminue après un drainage biliaire réussi.

Les accidents dyspeptiques sont représentés par une pesanteur après les repas, par des nausées, une langue saburrale, de la fatigue et de l'amaigrissement. L'anorexie persistante peut même parfois faire penser à l'anorexie mentale. Les vomissements peuvent être uniquement composés de bile (Gutmann). L'intolérance alimentaire est presque de règle.

Enfin à distance on signale la migraine accompagnée de subictère avant la crise et de vomissements bilieux.

Toutefois ce tableau clinique n'a rien de bien caractéristique ; aussi est-ce à des examens objectifs (tubage duodénal et cholécystographie) qu'il faudra demander des précisions pour guider le traitement.

Le tubage duodénal montre une bile B noire, hyperconcentrée, très abondante, très riche en pigments biliaires et cholestérine. Cette bile B peut s'obtenir facilement et sans douleur, du premier coup. Dans d'autres cas, Chiray a montré que l'extraction pouvait être difficile, lente et nécessiter l'emploi de peptone, de sulfate de magnésie et même l'injection de pilocarpine. Parfois même il faut favoriser le tubage par la compression à la main de la région vésiculaire. Cette « réponse différée » serait caractéristique, Le tubage ne provoque ni crise douloureuse, ni poussée thermique, comme dans les cholécystites. Il est ordinairement suivi d'amélioration de certains symptômes, tels que la migraine, il aurait ainsi pour Chiray et Pavel la valeur d'un traitement d'épreuve.

La contractilité qui est une des fonctions essentielles de la vésicule, en dehors de son rôle de réservoir est appréciée par l'épreuve de Meltzer-Lyon : ce tubage permet également de connaître le pouvoir de concentration, autre fonction essentielle de la vésicule. Or, c'est grâce à ce pouvoir de concentration que le cholécyste va s'opacifier par le tétra-iodo-phénolphtaléinate de soude déversé avec la bile dans le réservoir biliaire. Ainsi l'examen radiologique complétera l'épreuve du tubage.

Radiologiquement, la cholécystatonie s'affirme par un allongement de la vésicule dans le décubitus ventral, l'élargissement de son bas-fond en station debout, l'évacuation incomplète de la vésicule pendant la digestion, et enfin sa modification passive en passant du décubitus ventral au décubitus dorsal (Guillet). Mais c'est surtout le repas de Boyden qui fait apparaître des modifications en ce qui concerne l'évacuation. Avant ce repas, le premier cliché montre une grande vésicule dont le fond est beauoup plus opaque que la région supérieure, à peine visible. Cela tient à ce que la vésicule s'avance dans le bas-fond sous l'action de la pesanteur. La bile, collectée là, crée une forte opacité. Le repas d'épreuve va trahir l'atonie vésiculaire, l'image étant à peine diminuée de moitié. Une vésicule atonique ne se vide pas complètement après le repas. Quelques heures après, on constate qu'il reste encore la moitié du contenu tétraiodé. Les parois non contractiles ne reviennent pas sur elles-mêmes, et Villaret a vu cette ombre vingt-quatre heures après.

Plus récemment, en 1944, Chiray, Le Cannet et Debray ont montré que à côté de la cholécystographie intraveineuse, un peu délaissée aujourd'hui, on obtenait plus de précision avec la méthode des prises fractionnées (méthode de Sandstrom) qui comporte l'ingestion de deux ou trois doses fractionnées prises la veille ou l'avant-veille, à des intervalles bien choisis. C'est cette méthode de surimprégnation tétraiodée qui fournit la meilleure épreuve fonctionnelle du cholécyste. En effet dans les cas de non-imprégnation vésiculaire après une première dose de 4 gr. de tétraiode, un deuxième examen, après surimprégnation par une nouvelle dose de sel opaque, fournit une « véritable exploration fonctionnelle de la vésicule ».

Ainsi une bonne opacification après une ingestion de première dose de tétraiode indique une fonction de concentration normale. Ce premier examen peut suffire ; mais dans les cas douteux, la comparaison entre les deux examens successifs montrera les déficiences fonctionnelles que ne décèlerait pas la technique habituelle de Sandstrom (Chiray, Le Cannet et Debray).

A ces examens plus ou moins modifiés, Guillet propose d'adjoindre le « *test de l'infiltration splanchnique* ». La méthode consiste à injecter au contact du splanchnique visé une solution de novocaïne à 1 %, pour réaliser ainsi une véritable section physiologique. Le principe de la méthode est de noyer la région latéro-vertébrale d'anesthésique, en évitant en arrière le sac dural et en avant les gros vaisseaux. L'auteur affirme que cette technique de proche en proche, sous forte pression, lui a donné d'excellents résultats, et cela sans accidents.

Cette inhibition splanchnique temporaire offre d'abord l'avantage d'être un élément de diagnostic et un test de l'efficacité du traitement sympathique. C'est ainsi en effet qu'on observe l'amélioration de la tonicité du cholécyste, tandis que l'évacuation provoquée redevient normale et que les symptômes s'amendent.

En outre elle peut guérir définitivement certains malades (un cas de Guillet). Cependant comme elle ne donne le plus souvent qu'une amélioration passagère, on se trouve amené à faire appel à l'intervention chirurgicale, la splanchnicectomie droite. L'abord des splanchniques peut se faire par voie thoracique ou par voie sous-péritonéale. Cette dernière est d'exécution plus simple. La technique en a été fixée par Leriche (thèse de Servelle) légèrement modifiée par Mallet-Guy (dissociation musculaire pour accéder à la voie sous-péritonéale).

Ceci posé, à quels malades s'adressent ces interventions ?

S'il s'agit de sujets chez lesquels toute intervention est contre-indiquée, du fait de l'âge et de l'état général, on aura recours aux tubages en série ou encore aux infiltrations splanchniques droites, et parfois même, dit Guillet, on se trouvera bien d'associer les deux méthodes.

Un certain nombre de malades n'éprouvent de leur stase vésiculaire que des troubles légers et récents ; à ceux-ci les tubages et les infiltrations splanchniques seules ou associées suffiront. Il ne faut pas oublier en effet qu'il s'agit dans l'espèce de troubles fonctionnels; comparables dans leur mécanisme à ceux de la typhlatonie, des colites spasmodiques et du méga-dolichocolon pour lesquels, en raison de leur pathogénie neuro-végétative l'infiltration est bien indiquée, et d'efficacité éprouvée à l'heure actuelle.

Mais, par contre, si l'on se trouvait en présence de troubles plus intenses, et pour lesquels on faisait naguère délibérément une cholécystectomie, opération qu'on peut aujourd'hui qualifier d'*abusive*, dans ces syndromes pseudo-lithiasiques, — abus analogue à celui de l'appendicectomie dans le syndrome de la fosse iliaque et du flanc droits, — il faudrait alors passer à la splanchnicectomie droite. En pareil cas, le test des infiltrations préalables en série est devenu inutile ; dès que le diagnostic est, comme nous l'avons rappelé, fermement établi par la radiographie, il

faut aller sectionner d'emblée le splanchnique droit. Les résultats, bien que peu nombreux encore, sont cependant encourageants. C'est ainsi que chez des malades opérés par Mallet-Guy, la radiographie faite douze jours après l'intervention a montré une vésicule redevenue étroite et de tonicité normale. Le retour d'une vésicule grosse à une forme et à des dimensions normales, du fait de son évacuation restaurée, est le signe appréciable sur le radiogramme du résultat post-opératoire. Cet excellent résultat se maintenait un an après chez la malade de Mallet-Guy, laquelle avait renoncé à toute activité après échec des tubages duodénaux et d'une cure à Vichy. La même amélioration fonctionnelle a été observée chez les 14 opérées citées dans la belle thèse de Guillet. Comme signes vésiculaires, il y eut chez elles disparition des douleurs dès le lendemain, phénomène constant, puis de meilleures digestions, l'intolérance pour les graisses supprimée, et enfin les migraines ont également disparu, tout au moins furent moins violentes.

En outre, la constipation céda, ainsi que la dysménorrhée. En définitive, c'est un pourcentage de 70 % d'excellents résultats que Guillet nous apporte. « Ainsi, conclut-il, dans la voie tracée par Leriche, et grâce à nos précisions physiologiques acquises par l'expérimentation, nous avons pu opposer aux vésicules de stase un *traitement pathogénique* efficace. »

Le syndrome de cholécystatonie défini par Chiray et Pavel, indépendamment de tout facteur mécanique, se trouve ainsi doublement justifié par l'expérimentation et par le traitement comme *dystonie biliaire*, provoquée par une dysharmonie de l'innervation.

Par suite, le seul traitement logique sera celui qui s'adressera au splanchnique, toutefois après échec des tubages successifs ; il faudra donc se garder de l'entraînement à faire une cholécystectomie, qui serait dans ce cas *abusive*, *illogique* et *inefficace*, en raison de la persistance des douleurs. Ainsi nous paraît s'établir une manière de hiérarchie dans l'action thérapeutique : tubages d'abord, infiltration ensuite et, en cas d'échec seulement, splanchnicectomie.

Pour terminer, il nous semble opportun de rappeler le conseil de A. Gosset, qui se demandait : « Quand doit-on conserver la vésicule ? Aujourd'hui grâce au long passé que compte la chirurgie biliaire, il est possible de déterminer, avec plus de précision, les cas où il faut enlever la vésicule, ceux dans lesquels il est nécessaire de la conserver. » La cholécystite simple non calculeuse est dans cette catégorie. Aussi devant ces vésicules de stase, incomplètement soumises au préalable aux examens diagnostiques que nous avons rappelés, il faut, « même à ventre ouvert, avoir le courage de ne rien faire. Cholécystostomie et cholécystectomie sont également illogiques, car on a l'impression que chez certaines malades elles ont aggravé la situation, en ce sens qu'elles fixent la douleur, et que même la véritable thérapeutique (celle des interventions splanchniques) devient ensuite inefficace » (Servelle). C'est bien le moment de répéter encore avec Chiray et Pavel, que « la chirurgie n'a rien à voir ici ».

BIBLIOGRAPHIE RECENTE
(depuis le livre de Chiray et Lomon)
La vésicule biliaire et ses voies d'excrétion, 1936

DEBOUNY. Radiomanométrie biliaire. *Thèse de Paris*, 1941.
LERICHE. *Presse Médicale* 1937-1938-1941.
MALLET-GUY et MAILLET. *Presse Médicale*, 1941 (infiltration splanchnique dans les vésicules de stase).
MALLET-GUY, MARION et GUILLET (*Journ. de Méd. de Lyon*, 1942-1943).
MALLET-GUY et GUILLET. *Soc. de Chir. de Lyon*, 19 février 1942.
RUCH. Nouvelle méthode de traitement des dyskinésies biliaires. *Surg. Gyn and obt*, 1940, t. II.
SERVELLE. *La Chirurgie du splanchnique*, 1 vol., Maloine, édit., 1942.
MALLET-GUY et R. GUILLET. *Innervation des voies biliaires et possibilités chirurgicales*, *Presse Médicale*, 3 septembre 1943.
R. GUILLET. Thèse de Lyon, 1942 (*Innervation des voies biliaires et chirurgie*).
CHIRAY, LE CANNET et DEBRAY. La cholécystographie avec surimprégnation tétraiodée, *Presse Médicale*, 22 juillet 1944.
P. MAURIAC. Le rôle essentiel du système neuro-végétatif en pathologie. *Presse Médicale*, 17 janvier 1942.
J. BRÉHANT. Splanchnicectomie haute ou basse, *Presse Médicale*, 10 mai 1942.
E. MÉRIEL. *Les lendemains douloureux de la cholécystectomie.* Revue générale, *Gazette des Hôpitaux*, n° 24, 10 déc. 1943.
René GOFFIN. Soc. belge de Chir. *in Acta chirurgica belgica*, T. 40, 1946.
HEPP. Les dystonies biliaires, *Journées médicales tunisiennes*, avril 1946 [où l'auteur souligne leur dépistage par la radiomanométrie].

A PROPOS DE LA SCHIZOPHRENIE TRAUMATIQUE

Par M. et H. COULEON

Il est apparu à nombre d'auteurs que la schizophrénie, considérée par Bleuler comme une affection purement endogène, pouvait, dans certains cas, rares il est vrai, reconnaître une étiologie traumatique. G. de Morsier a fait une étude de cette question et nous renvoyons, en particulier pour la bibliographie, à son article paru dans *Les Annales Médico-Psychologiques* de juin 1939. Il y insiste sur son intérêt médico-légal, et sur le fait que « dans l'état actuel de nos connaissances, un rapport doit être admis entre le traumatisme cérébral et la psychose quand il n'y a pas d'hérédité et quand des symptômes de transition existent entre l'accident et l'apparition des signes schizophréniques ».

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de signaler le cas suivant, où des renseignements tardifs nous ont amenés à reconsidérer un diagnostic de schizophrénie traumatique.

OBSERVATION. — Suzanne L... fait, à l'âge de 20 ans, une chute sur la tête d'une hauteur de quatre mètres environ. Les principaux symptômes observés sont les suivants : coma qui persistera une semaine et enfoncement de la région pariétale gauche. Elle est immédiatement trépanée. Dans les semaines qui suivent l'accident, des troubles psychiques apparaissent : instabilité de l'humeur, irritabilité, comportement « excentrique » (coquetterie exagérée, toilettes extravagantes, etc.). Ce léger déséquilibre persiste sans s'aggraver pendant près de quatre ans, puis son psychisme se modifie rapidement : elle entend des bruits suspects dans les murs, des voix la menacent et l'injurient, sa chambre exhale des odeurs anormales, son corps est traversé par un fluide électrique. Elle exprime de vagues idées de persécution. Elle interprète ce qui est dit ou écrit comme des allusions personnelles : le prêtre a voulu parler d'elle dans son sermon ; certains articles des journaux lui sont destinés. Elle montre de l'hostilité à l'égard des siens. A 27 ans, sept ans après le traumatisme, elle présente une crise mystique et veut devenir religieuse. La famille la place dans un hôpital psychiatrique privé d'où elle sort non guérie au bout de trois mois. Revenue chez ses parents, elle vit dans l'oisiveté, demeure instable et irritable, puis présente une crise érotique et recherche activement la compagnie de jeunes gens avec qui elle passe des nuits entières. Elle quitte brusquement ses parents et se livre à la prostitution successivement à Rouen, à Calais, où elle est pendant un mois pensionnaire d'une maison de tolérance), puis à Paris. Elle est à nouveau internée dans un établissement privé, puis transférée dans notre service en octobre 1938. Elle a alors 31 ans.

Depuis cette époque, son état demeure inchangé. Elle passe son temps à se maquiller et à se vêtir d'oripeaux de toutes couleurs. Elle est dans l'ensemble maniérée, indifférente, discordante, impulsive, très désagrégée. Ses propos sont diffus, incohérents et expriment des idées de persécution non systématisées. Les préoccupations érotiques sont au premier plan. Les hallucinations sont multiples : des esprits lui parlent ; elle voit des flammes, des lumières colorées, des photographies ; des odeurs de pétrole émanent de sa chambre ; des courants électriques lui touchent le dos, les organes génitaux. Elle déclare, par exemple : « Je ne veux pas être religieuse, ce n'est pas une vie intelligente. Je veux me marier en toute pureté. Trouvez-moi un mari. On m'a montré ma mère. C'est des bêtises. Je ne veux pas être religieuse. Les bons esprits ont la voix douce. Ce sont des personnes distinguées, du monde respectable. Il y a des esprit de bas étage. Ce sont des Boches. Je suis respectable Française. Dans ma chambre, ça sent une odeur de pétrole asphyxie. Ce sont des amours qui se laissent chatouiller par derrière et qui occasionnent ces gaz. Parfois je suis couchée sur des âmes. Cela me chatouille comme l'amour. C'est très agréable. Je suis très fidèle en mariage. Les jeunes gens que j'ai connus étaient très sains, sauf le dernier. J'ai pris des précautions... » Depuis huit ans, elle se présente comme une schizophrène typique. Les divers traitements sont demeurés sans résultats.

Jusqu'à son accident, Suzanne L... était une jeune fille normale, affectueuse, modeste et très convenable, intelligente et avait fait de bonnes études primaires. Elle n'avait jamais eu de maladies graves et n'avait jamais présenté de troubles mentaux. Selon les affirmations de ses parents, tout accident psychopatique était inconnu de leur famille.

L'aspect clinique et l'évolution de la psychose, sa relation évidente de cause à effet avec le traumatisme cranien, l'absence d'hérédité psychopathique, nous induisaient alors à porter le diagnostic de schizophrénie traumatique.

Par la suite, l'un de nous reçut en consultation, amenée par ses parents, la sœur jumelle de Suzanne L., qui présentait d'inquiétants troubles survenus depuis peu : nervosisme, insomnie, cauchemars, jalousie morbide, évoluant parallèlement à un dysfonctionnement ovarien. Ces troubles psychiques ont d'ailleurs

régressé à la suite d'un traitement opothérapique. Son comportement serait maintenant normal et elle élève convenablement ses trois enfants. A l'occasion de cette consultation, nous avons pu savoir des parents qui, pour on ne sait quelle raison, nous l'avaient caché, que le grand-père maternel de Suzanne L... avait été interné dans un hôpital psychiatrique à l'âge de 62 ans et y était décédé quatre ans plus tard. Le diagnostic porté (en 1911) était le suivant : « Affaiblissement des facultés intellectuelles avec idées délirantes de grandeur et de persécution. Le malade se croit poursuivi par des ennemis et il ressent l'effet des poisons qu'ils lui administrent sous l'influence d'hallucinations de la vue. Il s'est frappé la tête contre un mur et sérieusement blessé. Troubles paréto-ataxiques. »

Ces éléments nouveaux, en posant la question d'une hérédité psychopatique, pourraient permettre de contester l'étiologie traumatique de la psychose. Deux conclusions nous paraissent devoir être tirées de ce qui précède :

1° Les affirmations de la famille doivent être souvent considérées comme sujettes à caution et ne prouvent pas l'absence d'antécédents névropathiques. Il se peut que les prédispositions héréditaires soient plus fréquentes qu'on ne le pense et que la schizophrénie déclenchée par un traumatisme ait pu l'être aussi bien, plus tard, par tout autre choc : émotif, infectieux, toxique ;

2° Il n'en reste pas moins que, dans notre cas, quelle qu'ait été l'importance, d'ailleurs incertaine, du terrain, le rôle déterminant du traumatisme est évident et que, si une question de responsabilité civile s'était posée, il en devait être tenu un compte important.

CONGRÈS

LES JOURNEES MÉDICALES DE BRUXELLES

XX° session (22-26 juin 1946)

C'est avec un rare bonheur que le Comité d'organisation des Journées Médicales de Bruxelles a décidé de renouer la tradition des réunions suspendues depuis 1939. A l'appel de ses toujours dévoués animateurs René Beckers et Léopold Mayer, un millier de médecins avaient répondu à leur appel, Belges et étrangers venus de toutes les parties du monde.

Sous la présidence de M. Marteaux ministre de la Santé publique, la *Séance d'Inauguration* a eu lieu comme de coutume au Palais des Académies. Après l'arrivée de S. M. la reine Elisabeth, qui avait tenu à honorer cette réunion de sa présence et l'exécution de la *Brabançonne*, écoutée avec recueillement, la séance est ouverte.

Dans une brève allocution, le ministre insiste sur le rôle médico-social de l'O. N. U. et trace le vaste programme d'équipement hospitalier nécessaire à la Belgique. Il souhaite aussi la création d'un ordre des médecins.

C'est le Dr Robert d'Ernst (de Genève), qui prend ensuite la parole au nom des délégués officiels des gouvernements étrangers, honneur qui lui était bien dû si l'on se rappelle le dévouement déployé par Mme d'Ernst et lui-même pour recueillir et soigner pendant et après la guerre les enfants des médecins français et belges sinistrés. Son allocution de remerciement aux Drs Mayer et Beckers est unanimement applaudie.

M. Beckers parle ensuite et rappelle le rôle de la médecine belge aux armées, sur tous les fronts.

M. Frédéric Bremer, président des Journées Médicales, résume les progrès accomplis récemment par la neuro-physiologie quant aux méthodes d'examen de la conduction nerveuse.

La parole est ensuite donnée au professeur Henri Mondor pour sa *Conférence sur un chirurgien du XVIII° siècle*. Dans le style élégant et imagé qui lui est propre, il retrace la vie agitée de Joseph Desault. Venu, simple chirurgien-barbier, de sa Franche-Comté à Paris, Desault par son énergie, son travail opiniâtre, parvient, malgré l'opposition des officiels attardés de son époque, à prendre une place prépondérante dans la chirurgie de son temps. Il perfectionne l'enseignement de l'anatomie en vulgarisant la dissection, crée la clinique chirurgicale en remplaçant les leçons magistrales à l'amphithéâtre par la leçon au lit du malade à l'Hôtel-Dieu où il enseigne 12 heures par jour. D'un désintéressement absolu en clientèle, il ajoute à sa gloire d'avoir eu Corvisart comme élève et d'avoir découvert le génie de Bichat qu'il recueille à son domicile. Mais vint la Révolution. Desault qui avait son franc-parler fut par deux fois cité à la barre de la Convention et même emprisonné. Cependant il fut commis pour examiner et soigner le Dauphin au Temple. Il n'aurait pas caché qu'il ne croyait pas être en présence du vrai Louis XVII. Aussi la légende veut que sa mort brusque et inexpliquée, survenue en 1795, fut la suite d'un empoisonnement.

Cette belle conférence, qui eut le succès qu'elle méritait, n'était que le prélude des trois *journées de travail* qui ont suivi.

Il m'est impossible d'analyser ici les communications faites le dimanche matin et dans les après-midi des dimanche, lundi et mardi à l'Université libre de Bruxelles. Tout d'abord, plusieurs conférences avaient lieu simultanément dans les divers auditoriums de l'Université et il fallait faire un choix. Ensuite, la plupart de ces travaux seront publiés *in extenso* dans la belle publication du *Bruxelles Médical*.

Conférences du dimanche matin :

Pr J. Delay (Paris). — L'Electro-choc et les régulations psychophysiologiques.

Dr J.-P. d'Ernst (Genève). — L'Epreuve du travail à la clinique obstétricale de Genève.

Professeur René Fontaine (Strasbourg). — Chirurgie du splanchnique dans différentes affections (projections).

Dr L. Deloyers (Bruxelles). — Application de la mesure de la phosphatasémie au diagnostic des suppurations aiguës.

Dr A. Franceschetti (Genève). — Evolution de la greffe cornéenne (projections et film).

Professeur D. de Langen (Utrecht). — Quelques problèmes cliniques du métabolisme des graisses.

Conférences de dimanche après-midi :

Professeur Erwin Rutishauer (Genève). — Les ostéopathies post-traumatiques. Etude clinique et expérimentale (projections).

Dr J. Golay (Genève). — De l'hérédo-syphilis paternelle à la syphilis conceptionnelle.

Professeur G. Giraud (Montpellier). — Les transfusions sternales. La voie sternale en thérapeutique et l'opothérapie médullaire.

Dr Alb. Bessemans (Gand). — Quelques données nouvelles de syphiligraphie expérimentale.

Dr J.-J. Mozer (Genève). — Le rôle des anastomoses coronaires dans l'évolution de l'infarctus du cœur (projections).

Dr Alb Lambrechts (Liége). — Quelques données récentes sur la physiopathologie des globules rouges.

Dr I.-A. Gallowory (Weybridge). — La médecine expérimentale. Les lois de la nature et du hasard (projection).

Professeur Hollande (Montpellier). — La Clytocibine.

Dr L. Wybaum (Bruxelles). — Aspect actuel de la chirurgie pulmonaire (projections et film).

Conférences du Lundi après-midi :

Mlle le Dr J. Mélot (Bruxelles). — Possibilités et limites de l'examen radiographique des tissus mous (projections).

Dr P. Rijlant (Bruxelles). — La fibrillation du cœur des mammifères (projections).

Dr R. Palmer (Paris). — La cœlioscopie.

Mme le Dr Ch. Ruys (Amsterdam). — Sur le comportement du bacille typhique dans l'eau de surface (projections).

Dr L. Konings (Bruxelles). — L'actinothérapie moderne (projections).

Conférences du mardi après-midi :

Professeur Fr. van Goidsenhoven (Louvain). — Hypertensions curables.

Professeur V. Demole. — Influence des vitamines sur la fréquence et la croissance du cancer (projections).

Professeur G. Bickel. — Les maladies par carences protéiniques (projections).

Dr S. Cuendet (Yverdon). — La mortalité par appendicite en Suisse (projections).

Professeur Léon Bérard (Lyon). — Cure héliomarine et rééducation professionnelle des tuberculeux chirurgicaux.

Dr J. Bigwood (Bruxelles). — Dérivés nouveaux du sang humain et leurs indications thérapeutiques. Projet national de préparation de ces dérivés en Belgique (projections).

Dr P. Le Gô (Paris). — La lutte antituberculeuse à la S. N. C. F. région Nord.

Dr P. Hennebert (Bruxelles). — La pénicilline (film sonore).

En même temps que ces conférences, diverses sociétés tenaient leurs assises à l'Université de Bruxelles :

Séance extraordinaire de la Société Médicale Belge d'Education physique et de sports.

Dr Alb. Govaerts (Bruxelles) : Président. — Allocution.

F. Twiesselman (Bruxelles). — Recherches statistiques sur la croissance.

G. Dupuis (Bruxelles). — La gymnastique médicale en face de la médecine.

Ligue Belge contre le Rhumatisme :

Dr Michez (Bruxelles) : Président. — Allocution.

Dr Ortegat (Bruxelles). — Le Rhumatisme de la ménopause.

Dr du Bois André (Bruxelles). — Traitement médical des coxarthries.

Dr J. Michotte (Bruxelles). — Diagnostic différentiel de la poliarthrite déformante progressive.

Dr Michez (Bruxelles). — Rhumatisme et décalcification.

Dr Ory (Liége) — Traitement chirurgical des arthroses du genou.

Société Médico-chirurgicale de la S. N. C. B.

Visite du train radiologique de la S. N. C. F.

Réunion de l'Association générale des dentistes de Belgique.

Les matinées des lundi et mardi ont été employées à la visite des différents services hospitaliers et à asister à des séances opératoires ou démonstrations fort intéressantes.

Ce que ne peut rendre ce bref compte rendu et ce qu'il faut souligner, c'est l'affluence de ces médecins de tout âge et de tous pays qui s'entassaient dans les amphithéâtres devenus trop petits, leur application à écouter, souvent à discuter les diverses communications. Dans les couloirs de l'Université où se tenait une exposition d'instruments, appareils, produits pharmaceutiques, leur intérêt à suivre les explications des exposants n'était pas moindre. On sentait chez tous le besoin de combler le vide causé par un long isolement et de se mettre au courant des derniers progrès de la science. Et cela est à l'honneur du Corps médical.

Il serait souverainement injuste de passer sous silence les distractions les plus rares qui ont complété le congrès : le banquet traditionnel qui réunissait 300 convives autour d'une table servie avec une somptuosité que nous avions oubliée, le magnifique concert de l'orchestre radiophonique, orchestre de 90 musiciens, sous la direction de l'excellent chef Franz André, ravit ses auditeurs en particulier avec le concerto du *Couronnement* de Mozart, exécuté dans la perfection par le pianiste de Vries, et des fragments d'*Eros et Psyché* de César Franck, enfin une représentation de gala au théâtre de la Monnaie.

Pour terminer le congrès une excursion d'une journée à Gand, véritable pèlerinage pour aller revoir le tryptique de l'*Agneau Mystique* des frères Van Eyck, gloire de Saint-Bavon.

Enfin et surtout, nous avons retrouvé chez nos confrères belges cette hospitalité si large et si délicate qui nous a particulièrement touchés, nous Français, parce que nous avons senti combien nos épreuves communes ont encore resserré ces liens d'une amitié qui nous est si chère.

M. Lance.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES

Séance du 24 juin 1946

De l'Erubescence paroxystique cobaltique. — M. Jean-Marie Le Goff. — Le cobalt a une action élective sur le système sympathique : ainsi lorsqu'on fait une injection hypodermique de quelques centimètres cubes d'une solution isotone de ce métal, on voit aussitôt apparaître une rougeur de la face que l'on désigne sous le nom d'érubescence paroxystique colbatique.

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 25 juin 1946

Rapports. — Proposition relative à l'obligation de la vaccination antidiphtérique chez les tout jeunes enfants. — M. L. Tanon, rapporteur.

La Commission d'hygiène a émis, à l'unanimité, le vœu que dans le texte de loi, il soit inséré que la vaccination antidiphtérique simple ou associée soit pratiquée toujours entre le douzième et le quinzième mois.

L'Académie adopte ce vœu.

Consommation générale du vin en vue de la répartition de la production. — M. L. Tanon, rapporteur.

La Commission d'hygiène propose à l'Académie les vœux suivants : Comme il n'est pas opportun de prévoir en ce moment des quantités de vin qui seraient impossibles à fournir, on peut proposer l'attribution de 1/2 litre par jour aux J3, adultes et vieillards.

De plus, jusqu'à plus ample informé, le vin de Noah, de par sa composition, n'est pas à recommander, au moins pour la consommation courante.

Ces vœux sont adoptés.

Essais de transmission de la réticulo-endothéliose de la souris : apparition de sarcomes souscutanés (avec prosecteurs). — MM. G. Raissy et Guérin.

Trois années d'application de la loi ayant rendu obligatoire la vaccination antidiphtérique-antitétanique, ses résultats concernant la diphtérie dans une grande ville (Lyon). — M. P. Paulain (présentation par M. G. Ramon). — La vaccination systématique des enfants d'âge scolaire a permis d'obtenir une réduction sensible du nombre des cas de diphtérie par rapport aux années d'avant-guerre, alors qu'à Lyon, chez les adultes et chez les tout petits non soumis à la vaccination les cas étaient de 3 à 12 fois plus nombreux. Les cas de diphtérie sont en moyenne quinze fois moins fréquents chez les vaccinés que chez les non vaccinés du même âge. La mortalité pour 100 cas, relativement élevée chez les enfants de tous âges non vaccinés, a été nulle chez les vaccinés. La « phase négative » n'existe pas ; dès la première injection d'anatoxine, l'immunité est acquise pour un certain nombre d'enfants. La vaccination telle qu'elle a été appliquée à Lyon depuis trois ans, a évité en quinze mois plus de 1.000 cas de diphtérie et plus de 80 décès d'enfants. On se demande comment certains médecins peuvent encore déconseiller la vaccination associée antidiphtérique-antitétanique et aider les familles à violer cette loi. Ils encourent ainsi une responsabilité grave pouvant être à l'origine d'un décès possible et cependant évitable. Il faut espérer que, mieux éclairés par les faits précis et nouveaux, aucun d'eux ne voudra plus prendre une telle responsabilité et s'exposer aux reproches d'une mère.

Discussion. — M. G. Ramon. — Les données que M. Paulain nous apporte aujourd'hui entraînent la conviction de plus en plus ferme que si la loi est scrupuleusement appliquée sans entrave d'aucune sorte, sur tout le territoire, le nombre des cas de diphtérie sera de plus en plus réduit et la mortalité du fait de cette maladie deviendra, en France, pratiquement nulle.

De l'existence de principes antidotiques dans les filtrats de « penicillium notatum ». Conséquences. — MM. G. Ramon et R. Richou. — Il est universellement admis à l'heure actuelle que la pénicilline telle qu'elle est délivrée pour l'usage thérapeutique, si elle possède un pouvoir antibiotique considérable, est sans action sur les toxines microbiennes (exotoxines).

Or il résulte des essais effectués et rapportés par MM. G. Ramon et R. Richou, que les filtrats bruts de culture de *Penicillium notatum*, sont doués à l'encontre de la pénicilline purifiée, de propriétés *antidotiques* manifestes grâce auxquelles ces filtrats se montrent capables d'annihiler dans leur pouvoir toxique des quantités relativement grandes d'exotoxines bactériennes : toxine diphtérique, toxine staphilococcique, toxine tétanique, etc. La propriété antidotique s'exerce rapidement à 37°, plus lentement à la température ordinaire. L'addition aux filtrats d'une petite quantité de formol, de même que l'action simultanée de cette proportion de formol et d'un chauffage modéré, n'altèrent pas dans une mesure notable leur pouvoir antidotique.

Deux ans de vaccinothérapie intraveineuse systématique dans 200 dothiénenthéries. — M. R. Le Blaye (Poitiers) présentation faite par M. Aubertin.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 12 juin 1946

Anesthésie aux armées. — M. Pasquié. — M. Braine, rapporteur.

Sur la pathogénie des infarctus et sur l'infarctus intestinal en particulier. — MM. Laborit et Morand. M. Couvelaire rapporte ce travail basé sur des dosages chimiques et des expérimentations faites sur l'animal qui amènent les auteurs à conclure au rôle du terrain neuro-végétatif.

Traitement de tumeurs bénignes diaphysaires des os longs par résection sous périostée. — *A propos de quatre observations.* — MM. Swynghedauw et Laine. M. Moulonguet, rapporteur, souligne la qualité des résultats obtenus par les auteurs.

M. Sorrel estime que la résection diaphysaire est disproportionnée avec la bénignité des lésions qui guérissent par un simple curettage suivi de remplissage de la cavité par des greffons ostéo-périostés.

Traitement des apophysites et de la maladie de Lannelongue-Schlatter par perforations multiples. — M. Judet. M. Fèvre, rapporteur.

M. Lance rappelle que la méthode n'est pas nouvelle et qu'il est préférable de compléter les perforations par mise en place dans les orifices de petits greffons taillés en allumette.

Le cancer du sillon sous-mammaire. — M. S. Blondin en a observé 12 cas ; il souligne la gravité toute particulière de cette localisation.

M. Mialard rappelle que pour les histologistes il s'agirait de tumeurs d'origine sudoripare. Du point de vue thérapeutique on pourrait mettre en parallèle la radiothérapie (pour les cancers tout au début) et l'amputation large (pour les autres formes), et enfin l'exérèse limitée dans certains cas.

M. Quenu ne partage pas le pessimisme de M. Blondin concernant l'évolution de ces tumeurs.

M. S. Blondin estime que l'ulcération survient très précocement dans cette localisation.

Infections latentes et accidents septiques postopératoires. — M. Petit-Dutaillis en rapportant un certain nombre d'observations souligne le rôle des furonculoses cutanées antérieures à l'intervention chirurgicale même lorsque ces furonculoses sont guéries depuis plusieurs mois.

Séance du 26 juin 1946

La cœlioscopie gynécologique. — M. Palmer. M. Mocquet rapporte ce travail dans lequel l'auteur montre l'intérêt des renseignements fournis par cette méthode ; elle n'est toutefois pas sans aucun danger bien que l'auteur n'ait eu aucun incident sérieux sur 108 cas. La cœlioscopie suppose la création préalable d'un pneumopéritoine au moyen de l'appareil à pleuroscopie modifié par Palmer. Il est parfois nécessaire de sectionner des brides pour permettre la libération des organes creux. Le cœlioscope est enfoncé à travers une petite incision cutanée et est poussé jusqu'au contact des annexes qu'il permet d'explorer très complètement. Palmer a utilisé cette méthode sur des malades atteints de grossesse tubaire, tuberculose annexielle, etc... et surtout pour étudier les raisons anatomiques d'une stérilité.

Résultats à longue échéance des fractures récentes ou anciennes de la diaphyse fémorale traitées par le clou de Kuntscher. — MM. Leveuf et Laurence ont opéré 9 fractures récentes et 4 fractures anciennes par cette méthode ; ils insistent sur la qualité de la réduction ainsi obtenue et maintenue. Les dimensions du cal sont faibles si on évite de lever les malades trop tôt ; pas avant le troisième ou quatrième mois. Ils estiment que l'enclouage per-cutané est difficile et préfèrent faire l'enclouage à ciel ouvert.

Résultats de l'enclouage de Kuntscher dans les fractures du fémur. — MM. Merle d'Aubigné et P. Lance ont utilisé ce procédé dans 17 cas dont 15 concernent des fractures anciennes ou pseudarthroses. Dans l'ensemble les auteurs n'ont eu aucun incident grave sauf dans deux cas de fracture avec perte de substance consécutive à des plaies de guerre. Le clou constitue le meilleur moyen d'ostéosynthèse dans le traitement des cals vicieux du fémur.

Quatre fractures de cuisse traitées par la méthode de Kuntscher. — M. Debeyre.

Onze observations d'enclouage à la Kuntscher. — MM. Léger et Crépin. — M. Sicard rapporte ces deux travaux.

L'enclouage de Kuntscher dans les fractures du fémur. — MM. Boppe et Adam ont utilisé ce procédé dans 14 cas de fractures récentes dans lesquelles le lever a été très précoce. Les résultats sont excellents. Les auteurs s'efforcent d'utiliser presque toujours la voie per-cutanée. Ils commencent par réduire et vérifient radiologiquement la réduction ; si celle-ci est bonne, enclouage, sinon ouverture du foyer de fracture et enclouage à ciel ouvert.

Il est difficile d'apprécier la durée de consolidation et le contrôle radiologique montre que vers le troisième ou quatrième mois, le trait de fracture est encore invisible.

Résultats éloignés de l'enclouage médullaire des os longs par la méthode de Kuntscher. — M. Meignaut. — M. Meillère, rapporteur.

Décalottement du condyle humoral. — M. Sorrel. — Présentations de radiographies.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 19 mai 1946

Etude critique des divers traitements de l'artérite oblitérante — M. P. Mériel, près avoir envisagé les résultats relativement peu encourageants des diverses méthodes classiques, rapporte en détails les résultats obtenus par les injections de gaz thermaux de Royat qui s'avèrent très efficaces dans le traitement de la claudication intermittente, des douleurs de décubitus et des sphacèles localisés.

Remarques générales sur la cardiovectographie. — MM. P. Meyer et R. Herr, après un aperçu historique de la question, soulignent l'intérêt de la vectographie directe qui ouvre de nouvelles perspectives pour la connaissance des phénomènes électriques du cœur. Mais l'étude du vectogramme par resynthèse en partant de l'électrocardiogramme des dérivations standard, ne doit cependant pas être délaissée pour cette raison. Si la vectographie directe est supérieure pour l'enregistrement de la direction des différents vecteurs dans la profondeur du thorax et parce qu'elle donne une courbe continue avec toutes ses finesses, la vectographie resynthétique est supérieure quant aux indications chronologiques et pour l'étude des vecteurs de l'onde P et de l'onde T.

Les auteurs expliquent leur technique pour l'établissement de l'angle axial. En utilisant des tracés électriques à inscription simultanée, ils indiquent comment on arrive, en se basant sur le schéma de Herrmann et Wilson ou en calculant l'axe d'après la formule de Sabena ; ou encore par l'utilisation du triogramme de Hollmann à une détermination simple et rapide. Par la liaison des sommets des différents axes on obtient le vectogramme qui, par les variations de sa forme et direction, est capable de nous fournir des indications précieuses dans différents états maladifs du cœur.

Ils soulignent l'intérêt de l'étude de l'axe de T et de ses rapports avec l'axe principal du complexe initial. Les auteurs insistent sur la nécessité de ne plus faire des interprétations purement descriptives des différents accidents de l'électrocardiogramme et ils sont d'avis que l'étude courante des courbes vectographiques nous donne une meilleure conception des phénomènes cardio-électriques et devrait nous faciliter le diagnostic topographique des lésions du myocarde.

Etudes vectographiques au cours de l'infarctus du myocarde. — MM. P. Meyer et R. Herr décrivent les courbes vectographiques obtenues par resynthèse en partant des électrocardiogrammes standard de 23 cas personnels d'infarctus en étudiant leurs particularités morphologiques. Dans 7 cas sur 12 d'infarctus du type antérieur on trouve une déviation de l'axe électrique principal vers la droite et dans un cas on constate même un renversement complet de l'axe principal de Q R S et de T correspondant à une inversion du complexe initial et de T dans les trois déviations standard. Le sens de rotation de l'axe allait dans huit cas sur onze dans le sens antihoraire et chez un malade le vectogramme était absolument identique à celui d'un situs inversus en constituant ainsi un véritable type de pseudo situs inversus. Chez neuf cas sur onze d'infarctus du type postérieur le sens de rotation était horaire quoique l'axe du complexe initial fût dans la plupart des cas dévié vers la gauche.

Les auteurs décrivent en outre les particularités axiales de l'onde T dans les deux types d'infarctus et insistent sur l'intérêt d'une constatation d'un T inversé dans les trois déviations pour le diagnostic d'un infarctus antérieur gauche.

Faits histologiques sur le mécanisme de réglage de la circulation coronarienne : Les faisceaux unitifs cardio-coronariens. — MM. Ch. Champy et Jacques Louvel. — Les coronaires musculaires, par leurs fibres longitudinales, ont une potentialité artério-dilatatrice active, permettant d'élever le débit coronarien à la hauteur des besoins exigés par l'effort cardiaque.

En anatomie comparée, les fibres longitudinales sont d'autant plus développées que les sujets mènent une vie plus active, plus exigeante d'efforts.

A l'occasion de ces recherches, les auteurs ont découvert des faisceaux musculaires striés, donc la contraction rapide et de structure nodale, quittant la masse cardiaque, traversant l'épicarde, pour s'épanouir à la fois dans les parois coronaires et dans les pelotons vasculaires glomiques, nombreux autour des coronaires.

Les auteurs insistent sur l'importance de cette connexion cardio-coronaire et cardio-glomique, par un tissu identique à celui qui commande l'homogénéité contractile du cœur, et qui évoque, invinciblement, l'idée d'un réglage du débit coronarien, en fonction du rythme cardiaque.

Le cœur dans les brucelloses. — MM. Robert Raynaud et Jean Ribert-d'Eshouges (d'Alger), font le point des déterminations cardiaques des brucelloses et en précisent les caractères cliniques. L'endocardite est la forme la moins rare. 24 fois sur 29, c'est une endocardite maligne, qui tire son individualité de la gravité du syndrome infectieux, de l'absence habituelle d'embolies et surtout d'un syndrome d'insuffisance cardiaque rapidement évolutive et d'emblée irréductible ; complication généralement précoce, qui tue en un à trois mois, avant que la fièvre de Malte ait multiplié ses atteintes viscérales. Les trois variétés de brucellose peuvent être responsables.

En face de l'endocardite maligne, deux observations sont à retenir sur les cinq publiées, car elles établissent la réalité d'une endocardite bénigne qui guérit avec des séquelles valvulaires définitives.

L'atteinte du myocarde, concomitante d'une endocardite maligne ou isolée et primitive, peut revêtir une forme typhoïdique ou une forme avec troubles du rythme qui pose le problème de l'électrocardiographie systématique au cours de la mélitococcie.

Quant à la péricardite, elle est absolument exceptionnelle et échappe généralement à l'investigation clinique.

A propos d'un cas d'angine de poitrine posttraumatique. — M. Robert Raynaud rapporte l'observation d'un homme de 47 ans qui présenta, après un choc traumatique important, des crises d'angine de poitrine d'effort. Chez ce malade, suivi pendant près de deux ans, se constitua, par la suite, une insuffisance aortique avec coronarite. L'auteur pense que le processus d'artério-sclérose, jusque-là latent, subit une poussée évolutive à l'occasion du choc traumatique.

De l'intérêt de la dextroposition de l'aorte dans le diagnostic de la « Tétrade de Fallot ». — MM. Georges Mouriquand et Jean Bret (de Lyon) rapportent un cas de « Tétrade de Fallot » dans lequel le diagnostic clinique et radiologique a été confirmé par l'autopsie. Le diagnostic de « Tétrade de Fallot » ne se fonde pas sur un symptôme isolé, mais sur un ensemble de signes. Parmi ces symptômes, la dextroposition de l'aorte mérite une place à part. Elle n'est pas la condition suffisante du diagnostic, puisqu'elle peut se voir en dehors de la « Tétrade de Fallot », mais elle en est la condition nécessaire.

Etude statistique des affections aortiques chez 800 insuffisants cardiaques traités à l'Hôpital Central de Mexico. — MM. le Professeur Edmundo Henriquez, A. G. Cipres et J. C. Galindo. — Sur 800 cas d'insuffisance cardiaque, on relève 146 cas de lésions aortiques, soit 18 %. L'insufisance aortique a été observée 46 fois (35 hommes et 11 femmes) ; elle était d'origine rhumatismale dans 32 cas, et d'origine syphilitique dans 9 cas, les deux étiologies coexistaient dans 5 cas. Chez 40 malades, il y avait double lésion aortique et mitrale (22 hommes, 18 femmes), l'étiologie était toujours rhumatismale. 19 malades étaient atteints d'aortite simple (14 hommes et 5 femmes). 15 d'entre eux étaient syphilitiques.

L'anévrisme aortique observé chez 46 sujets siégeait 29 fois sur l'aorte ascendante, 10 fois sur la crosse, 4 fois sur l'aorte thoracique et 3 fois sur l'aorte abdominale. Tous ces anévrysmes, sans exception, étaient d'origine syphilitique ; 45 % de ces malades n'avaient jamais été traités.

M. Gallavardin souligne l'intérêt de l'importante communication de MM. Henriquez, Ciprès et Galindo. Il rappelle l'étude qu'il a consacrée à 84 cas d'insuffisance aortique solitaire de l'adulte, parmi lesquels 49 étaient d'origine syphilitique. On se trompe plus souvent en admettant à tort l'origine syphilitique qu'en la méconnaissant.

L'emploi des antihistaminiques dans le traitement de la dyspnée des cardiaques. — MM. Ed. Doumer et J. Merlen (Lille), apportent des faits montrant que l'emploi des antihistaminiques peut donner des résultats rapides et très intéressants non seulement, comme l'a montré Mériel, pour prévenir les crises d'œdème pulmonaire du rétrécissement mitral dit œdémateux, mais aussi contre des manifestations moins dramatiques et plus connues, dyspnée d'effort ou dyspnée de décubitus de caractère banal, liées à de l'œdème pulmonaire subaigu persistant, avec atténuation sur graphie des ombres de stase ou d'œdème.

Deux cas d'anévrysme aortique développé en aval d'une sténose isthmique. — MM. J. Lenègre et J. de Brux. — La première observation concerne un homme de 24 ans. L'ectasie, grosse comme un œuf, siège sur l'aorte descendante, à trois ou quatre centimètres au delà d'une sténose isthmique diagnostiquée. Il n'y a aucun signe clinique ou sérologique de syphilis. La mort survient dans un tableau dramatique de rupture anévrysmale. L'ectasie et la rupture aortique mises à part, il n'existe aucune lésion aortique anatomiquement ou histologiquement décelable. La seconde observation est celle d'une femme de 41 ans dont les séro-réactions de la syphilis sont positives. Un volumineux anévrysme est émané d'un étroit collet, juste en aval d'une sténose isthmique peu serrée et méconnue. Il détruit les segments postérieurs des côtes gauches et le rachis, d'où une paraplégie terminale mortelle. L'autopsie et l'histologie montrent un anévrysme par rupture de la paroi aortique, sans la moindre lésion syphilitique du vaisseau. Les fibres élastiques de la média sont dilacérées et ont une disposition anarchique.

Les auteurs soulignent deux remarques : *a*) L'anévrysme aortique ne relève pas toujours de la syphilis, mais quelquefois d'une rupture aortique qui réalise un anévrysme disséquant plus ou moins évident ; *b*) Il peut siéger de façon apparemment paradoxale, en aval d'une sténose isthmique. C'est là une circonstance rare, mystérieuse mais non fortuite, puisqu'on en relève une dizaine d'exemples dans la littérature. MM. Lenègre et Brux rapprochent de ces faits un cas de rupture de l'aorte ascendante chez une femme de 63 ans, hypertendue et syphilitique avérée, atteinte d'un rétrécissement aortique calcifié rhumatismal. L'aorte montrait au voisinage de la rupture, non les lésions syphilitiques attendues, mais des altérations caractéristiques de média-nécrose du type décrit par Gsell et Erdheim. On sait, d'ailleurs, qu'il existe souvent une dilatation artérielle en aval d'une sténose, et on doit conclure de tous ces faits, sans pouvoir en donner une explication précise, que les parois d'un vaisseau peuvent être le siège de lésions diverses en aval d'un rétrécissement.

A propos d'un cas de perforation septale par infarctus du myocarde. — MM. C. Lian, J.-J. Welti, G. Rousseau et E. Baraige rapportent l'observation anatomo-clinique d'un cas de perforation septale consécutive à un infarctus myocardique. Anatomiquement la perforation siégeait à la partie postéro-supérieure du septum interventriculaire, dans le territoire de la coronaire droite et s'accompagnait d'une perte de substance de la paroi postérieure du ventricule gauche ; il existait des lésions multiples de sclérose sur les deux coronaires. Le diagnostic clinique avait été posé d'une part sur l'apparition d'un souffle rappelant celui d'une maladie de Roger, d'autre part sur la constatation d'un abaissement important de la tension du CO^2 dans le sang veineux, par la méthode du rebrassage.

Sur quelques variations fonctionnelles de l'onde T dans l'électrocardiogramme. — M. Marius Plooij (d'Amsterdam) signale qu'on peut observer chez des sujets qui n'ont pas une maladie de cœur apparente, des variations fonctionnelles de l'onde T en D^2 et D^3 ; ces variations sont observées ou bien en orthostatisme, ou bien à la suite d'un petit effort, ou bien surviennent spontanément. Ces variations ne sont que l'expression d'une hypersympathicotonie, exagérée dans ces conditions. Le segment ST ne subit pas de changements, en effet les modifications de ce segment constituent quelque chose d'important.

S'il n'y a pas de certitude sur l'interprétation d'un électrocardiogramme, il faudra reprendre cet électrocardiogramme plusieurs fois ; les heures du matin seront peut-être les plus favorables. Enfin les remarques précitées sont une raison de plus pour considérer que l'électrocardiogramme doit être toujours recueilli en position couchée.

Une injection intra-veineuse de gynergène (0,5 mg.) peut anéantir les variations fonctionnelles occasionnées par l'hypersympathicotonie. Les variations électrocardiographiques qui restent les mêmes après l'injection de ce produit seront donc considérées comme organiques. Il va de soi que l'on ne recourra pas à cette épreuve dans des cas de lésion cardiaque grave.

Myocardite et insuffisance alimentaire. — MM. Ch. Richet, Ch. Aubertin et Boltanski ont observé chez une rapatriée d'Auschwitz, qui avait présenté un amaigrissement considérable, des œdèmes de famine et une diarrhée dysentériforme, une insuffisance cardiaque à évolution aiguë avec dilatation considérable du cœur constatée et suivie radiologiquement, avec diamètre transversal du cœur passant en quelques jours de 11 à 18 centimètres, anarsaque, dyspnée, tachyoardie à 140 avec bas voltage. Le traitement toni-cardiaque fut accompagné d'une cure de pénicilline et le régime adopté fut celui de la suralimentation ; l'amélioration se produisit en quelques semaines et la malade, dont le cœur revint à des dimensions presque normales, ne conserve qu'un peu de dyspnée d'effort.

Les auteurs estiment que l'insuffisance alimentaire a joué dans l'étiologie un rôle essentiel, beaucoup plus important que l'infection dysentérique et que les bons effets de la suralimentation instituée en pleine asystolie semblent en faveur de cette thèse.

Anévrysme sacciforme et anévrysme disséquant du cœur. — MM. P. Soulié et Y. Bouvrain.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

20 février 1946

Les principes naturels végétaux inhibiteurs de la cholinestérase. Leur rôle dans l'action pharmacologique des drogues. — M. Daniel Vincent (présenté par M. Mascré). — L'auteur rappelle d'abord les principes naturels déjà connus pour leur action anticholinestérasique et qui sont pour la plupart des alcaloïdes (ésérine, alcaloïdes de l'ergot, pelletiérine, colchicine, cocaïne, etc... et l'ibogaïne chez laquelle il a le premier signalé ces propriétés).

L'auteur montre que, souvent, le pouvoir anticholinestérasique d'un extrait végétal ou d'une teinture est très supérieur à celui des alcaloïdes que l'on peut y doser ; tels sont les cas de l'iboga, de la fève de Calabar, du buis.

Les principes doués de cette action anticholinestérasique participent à l'action totale de la drogue ; par exemple ils peuvent expliquer l'action tonique, « défatigante », de la coca ou de l'iboga.

Le problème reste complexe, et difficile à résoudre.

Condition d'efficacité des sucres et de l'hyposulfite de sodium dans la lutte contre l'intoxication cyanhydrique. — MM. R. Lecoq, P. Chauchard et Mme H. Mazoué établissent par leurs recherches que la méthode chronaximétrique constitue un bon test de l'appréciation de l'intoxication cyanhydrique chronique (chute des chronaxies motrices nerveuses périphériques et secondairement élévation des chronaxies musculaires).

L'emploi expérimental de ce test sur le rat montre que les sucres réducteurs ne sont doués d'action protectrice qu'autant qu'il y a eu contact préalable prolongé permettant l'inactivation des dérivés cyanhydriques *in vitro* par combinaison chimique (formation de cyanhydrines). Qu'il s'agisse d'eau de laurier-cerise, de cyanure de potassium ou de cyanure de mercure, les résultats obtenus sont du même ordre.

A l'inverse des sucres réducteurs, l'hyposulfite de sodium exerce son action antidotique dans l'intimité même des tissus, aussi bien après injection qu'ingestion de dérivés cyanhydriques et quelle que soit la voie de neutralisation choisie. Ces effets se manifestent également chez les intoxiqués de longue date ; l'hyposulfite de sodium jouit donc sans conteste de propriétés à la fois préventives et curatives.

Deux nouveaux procédés de stabilisation du sang. — M. Kopaczewski. — En partant d'études effectuées sur certains latex végétaux, l'auteur a été amené à constater que divers composés chimiques comme l'hyposulfite, le sulfite, le bisulfite de sodium, le chorure de magnésium, le cyanure de potassium, la chloramine, peuvent, à des doses convenables, stabiliser le lait, le plasma sanguin et même le sang total.

Du sang humain ainsi traité a pu être injecté au chien et du sang de chien injecté au lapin, réalisant sans inconvénient apparent une transfusion de sang hétérogène.

De l'essai de l'huile de chaulmoogra et des esters des sels de l'acide chaulmoogrique dans la tuberculose pulmonaire évolutive, la tuberculose ganglionnaire et la tuberculose cutanée. — M. A. Lafontaine (Université de Louvain). — La dose expérimentée a été, par exemple, de XX gouttes d'huile de chaulmoogra émulsionnée, ingérée trois fois par jour, pendant quatre mois. Les résultats ont été bons dans la tuberculose pulmonaire et la tuberculose ganglionnaire, inappréciables dans les tuberculoses cutanées.

Dans les formes améliorées, l'efficacité a été contrôlée par la clinique, l'état général du malade, la bactériologie, la radiologie, l'épreuve de la sédimentation globulaire et les modifications de la formule d'Arneth. Les malades ont été suivis, en général, pendant un à deux ans.

20 mars 1946

Données pharmacologiques sur des acides alcoylthiénylcinchoniniques comparés à l'acide phénylcinchoninique. — M. Quevauviller. — L'acide cinchothiénique, mélange défini d'acides alcoylthiénylcinchoniniques, de toxicité aiguë deux fois moindre que celle du cinchophène, possède, comme ce dernier, du point de vue expérimental, des propriétés antithermiques, antipyrétiques, analgésiques et augmente l'élimination urinaire de l'acide urique. En outre, la présence du soufre thiophénique dans sa constitution indique son emploi dans les maladies par carence soufrée. Sa toxicité chronique étant du même ordre, bien que plus faible aux doses thérapeutiques, que celle de l'acide phénylcinchoninique, il doit être manié avec la même prudence.

Propriétés physiques, toxiques et thérapeutiques du latex d'Euphorbia resinifera L. — M. W. Kopaczewski. — Ce latex, doué d'une grande âcreté et de propriétés vésicantes, est antibactérien. Sa toxicité est connue depuis l'antiquité. Desséché et pulvérisé, puis mis en suspension dans l'eau distillée, il est toxique pour les poissons rouges, pour certains insectes et, à une plus forte concentration pour le rat. Il donne lieu à diverses applications dans la médecine empirique des indigènes. L'auteur espère, à la suite d'études appropriées, pouvoir tirer parti de ce latex dans la thérapeutique humaine.

Effets particuliers et effets dissociés des sécrétions cortico-surrénales : régulations générales, remaniements hormonaux ou variation des affinités physico-chimiques de l'hormone ? — M. M. Wahl (Marseille), présenté par M. L. Bory. — Quelques effets dissociés apparaissant comme une limitation biologique de l'efficience de la corticostérone peuvent être supposés sous la dépendance de régulations antagonistes. La cortine réglerait l'équilibre chloruré hémo-tissulaire ainsi que les équilibres entre la riboflavine libre et la riboflavine combinée.

Certains effets spéciaux des cortines peuvent être expliqués par des modifications de la désoxycorticostérone survenues au niveau de la glande ; il y aurait donc des hormones corticosurrénales accessoires.

Diverses impuretés amorphes accompagnant la cortine présentent, à poids égal, une activité beaucoup plus grande que celle de l'hormone pure.

Les différents excitants de la sécrétion corticale (hormones hypophysaires, acide ascorbique) influent sur les effets biologiques de la cortine.

A la périphérie, l'hormone est modifiable également par union à diverses substances, en particulier avec des radicaux protidiques. Au cours des grandes infections, l'action antitoxique de la cortine semble amoindrie. Un bon test de l'efficacité de la cortine et de ses dérivés, au cours des grandes toxi-infections, pourrait être son effet diurétique.

Séance du 10 avril 1946

Association de la cortine de synthèse et du propionate de testostérone dans le traitement des asthénies. — M. Roland Leven. — L'auteur apporte des observations montrant que le propionate de testostérone accroît le pouvoir sthénique de la cortine de synthèse. L'association de ces deux hormones donne d'excellents résultats.

Le traitement hormonal de l'ulcère digestif. — M. Albeaux-Fernet. — Cet auteur rapporte 5 observations d'ulcère duodénal et 4 observations d'ulcère gastrique soumis au traitement ambulatoire par l'absorption buccale d'hexœstrol à la dose d'un milligramme par jour, vingt jours par mois. Les résultats, suivis sur un biogramme pour juger avec exactitude de la durée et de la fréquence des rémissions spontanées, permettent de conseiller l'introduction dans la pratique de cette thérapeutique dont les bases cliniques expérimentales et physiologiques sont admises aujourd'hui : tous les malades traités étaient du sexe masculin : aucun n'a présenté de signes de féminisation, pas plus d'ailleurs que de manifestations d'intolérance.

Les œstrogènes d'origine végétale : le Ginseng et ses succédanés. — M. R. Paris. — L'auteur présente une note sur l'activité œstrogène d'une racine utilisée à la façon du Ginseng et identifiée comme provenant du *Rodgersia aesculifolia* (Saxifragacées). Un gramme de racine fraîche correspond à environ huit unités internationales d'œstrone. Après avoir constaté que le principe actif d'une drogue peut parfois être de nature assez inattendue, l'auteur estime qu'il ne fait pas rejeter *à priori* les observations de la médecine populaire, puis il insiste sur la fréquence assez grande des « folliculines végétales » et sur leur intérêt en thérapeutique.

Le pentaméthylène-tétrazol (cardiazol) en thérapeutique dermatologique. — MM. J. Charpy et R. Grapin (communication présentée par M. L. Bory). — Ces auteurs, se basant sur l'action du cardiazol sur les centres nerveux, conseillent son emploi dans les accidents sériques, le strophulus du nourrisson, les dermatoses prurigineuses, l'urticaire chronique, les ulcères de jambe et des plaies atones et dans les crises nitritoïdes des cures arsenicales. Deux types de traitement peuvent être envisagés, un traitement d'assaut relativement fort mais court (applicable aux prurits), un traitement plus long (dans les ulcères des jambes, par exemple) où l'on associe les injections intramusculaires de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 et la prise par voie buccale de doses du même ordre.

CHRONIQUE

A propos d'un livre récent : « Figures de savants français » (1) Une lettre inédite de Brown-Séquard

M. Léon Binet a bien voulu m'adresser, récemment, un excellent et charmant volume consacré à quelques-uns des plus grands savants français. Cet ouvrage constitue une admirable leçon de physiologie où tout s'enchaîne. On voit de proche en proche les mêmes méthodes de travail inaugurées jadis par Lavoisier, aboutir aux travaux actuels dont certains doivent beaucoup à M. Léon Binet lui-même.

La grande figure de Lavoisier se détache d'abord : « Lavoisier le plus grand biochimiste qu'on ait connu ». Le premier il a su discerner l'importance des mécanismes régulateurs commandant aux échanges respiratoires et qui sont susceptibles d'adapter le taux des combustions aux circonstances les plus diverses : effort musculaire, digestion, froid, anoxie.....

M. Binet retrace ensuite la vie scientifique de Brown-Séquard, celles de Charles Richet, de d'Arsonval et enfin de Charles Achard, figures prestigieuses dont l'étude permet à l'auteur de tirer de précieux enseignements.

Les trois derniers savants sont trop près de nous pour qu'il soit nécessaire d'ajouter quoi que ce soit au parfait exposé de M. Binet.

On me permettra de m'arrêter sur Brown-Séquard qui fut une des plus belles et assurément une des plus originales figures du XIX[e] siècle.

Tout serait à citer dans le récit très alerte que l'auteur nous fait de la vie mouvementée de Brown-Séquard. Je suis obligé de me borner et de résumer :

Constant-Edouard Brown-Séquard naquit à l'île Maurice en 1817. Son père était Américain, sa mère était Française, lui-même, par sa naissance, était sujet britannique.

En 1838, sa mère et lui arrivent à Paris. Il commence ses études de médecine. En 1846, il passe sa thèse et commence peu après un cours public de physiologie. Il avait 29 ans !

En 1851 il part pour l'Amérique et devient professeur de physiologie à l'Université Richmond. Après divers voyages en France et en Angleterre, — car pendant toute sa vie, Brown-Séquard fut un infatigable voyageur, — il vient à Paris.

Le 21 janvier 1856, à l'Académie des Sciences, le 7 octobre de la même année, à l'Académie de Médecine, il fait des communications sensationnelles au sujet de ses « *Recherches sur une affection convulsive épileptiforme consécutive à certaines lésions de la moelle épinière* ». A l'Académie de Médecine il fait même suivre son exposé d'expériences sur des cobayes. L'Académie renvoie son mémoire à l'examen d'une commission composée de Jobert de Lamballe et de Bouvier. Deux des membres de l'Académie, Cruveilhier et Piorry qui assistaient aux expériences s'accordaient à reconnaître dans les phénomènes convulsifs provoqués des attaques d'épilepsie réelle (Cf. *Gaz. Hôp.*, 1856).

La même année, Brown-Séquard fait également à l'Académie des Sciences et à l'Académie de Médecine des communications sur les *capsules surrénales*.

En 1860, il est nommé médecin chef de l'hôpital des épileptiques et paralytiques de Londres.

En 1866, Brown-Séquard retourne en Amérique et devient professeur de physiologie à Harward.

En 1868, il est chargé d'un cours de médecine expérimentale à la Faculté de Médecine de Paris. La même année, le 28 janvier 1868, l'Académie de Médecine avait élu correspondant étranger « M. Brown-Séquard, de New-York ».

Le 5 janvier 1869, Brown-Séquard, qui prenait séance pour la première fois (Cf. *Gaz. Hôp.*, 1869), fait une nouvelle et importante communication sur l'*épilepsie provoquée*.

Nous y reviendrons plus loin.

En 1878, il se fait naturaliser Français et succède à Claude Bernard au Collège de France.

En 1886, enfin, il est élu membre de l'Académie des Sciences dans la section de médecine et, peu de temps après, il est appelé à la présidence de la Société de Biologie.

Brown-Séquard mourut en 1894, à Paris.

M. Binet trace, d'après Berthelot, ce portrait de Brown-Séquard : il avait une « figure originale, fine et bienveillante, des yeux vifs et doux toujours en mouvement, toujours inquiets... » « Tous ceux qui l'ont connu se souviennent de son impeccable et éternelle redingote qu'il portait à la campagne aussi bien qu'à la ville, et de ses cheveux qu'il avait la coquetterie de tourner en boucles derrière l'oreille... » (1).

(1) Figures de savants français par M. le professeur Léon Binet. Un vol. petit in-8° de 116 pages avec 8 portraits. Vigot frères, éditeurs, Paris 1946.

L'Œuvre de Brown-Séquard

En quelques excellentes pages, M. Binet condense les traits les plus saillants d'une œuvre qui est considérable par sa variété, par le nombre des travaux et par leur importance.

Ce sont d'abord des *recherches dans le domaine de la physiopathologie et du système nerveux* :

L'épilepsie expérimentale : nous avons rappelé plus haut les premiers travaux que fit connaître Brown-Séquard en 1856 et en 1869 sur l'épilepsie provoquée.

Chez le cobaye, auquel il avait réséqué un des deux nerfs sciatiques, Brown-Séquard faisait les observations suivantes : au bout de quelques semaines, si l'on pince la face latérale du cou du côté où le nerf sciatique a été sectionné, on voit survenir un réflexe de grattage qui agite de façon clonique la patte à moitié paralysée. Quelques semaines après ce clonus, de plus en plus aisé à provoquer, aboutit tout d'un coup à une attaque convulsive généralisée « perte de connaissance, convulsions toniques et cloniques, ne sont-ce pas là les grands traits de la crise épileptique humaine ? »

Brown-Séquard avait déjà noté, mais sans l'expliquer, l'abondance des parasites cutanés dans la fourrure du cou des cobayes épileptiques. Les travaux récents de MM. Pagniez et Plichet ont montré l'importance de ces parasites dans la déterminaison de la crise.

A l'occasion de cette communication, Brown-Séquard adressa le même jour à mon père une lettre, inédite jusqu'ici, précisant certains points ; M. Binet m'engage à la publier.

La voici :

LETTRE DE BROWN-SEQUARD

Saint-Germain, 5 janvier 1869.

Mon très cher Confrère,

Je vous envoie un ancien travail sur l'épilepsie artificielle. Dans ma communication à l'Académie, aujourd'hui, je n'ai fait qu'y ajouter les deux particularités que voici :

1° On peut provoquer des attaques d'épilepsie même après l'ablation de l'encéphale tout entier moins le bulbe rachidien et une partie de la protubérance, chez les animaux rendus épileptiques par la lésion d'une moitié latérale de la moelle épinière ;

2° Lorsqu'une attaque d'épilepsie a commencé chez un de ces animaux, elle continue dans les membres et à la tête, malgré la section transversale de la moelle épinière au cou et au dos.

Les conséquences que l'on peut tirer de ces faits sont si évidentes qu'il n'est pas besoin que je les mentionne.

Votre bien dévoué,

C. E. Brown-Séquard.

Le syndrome d'hémicompression médullaire a été mis en évidence par l'expérience suivante que rappelle M. Binet : « après avoir coupé transversalement sur un animal une moitié latérale de la moelle, Brown-Séquard a montré que le membre postérieur, du côté correspondant à la section de la moelle est non seulement très sensible, mais qu'il paraît même plus sensible qu'à l'état normal, tandis que le membre postérieur du côté opposé à cette section est moins sensible. »

Ces faits ont conduit à l'isolement en neurologie humaine, du syndrome dit de Brown-Séquard traduisant une lésion latérale de la moelle.

Il est inutile d'insister sur l'importance capitale de ce syndrome en neuro-chirurgie.

Les recherches sur la respiration poursuivies par Brown-Séquard et son élève d'Arsonval, précisent « l'influence néfaste

(1) Le portrait est très fidèle ; il répond bien au souvenir que je conserve moi-même de Brown-Séquard. Dans ma jeunesse, j'habitais avec mes parents, 15, rue Soufflot, la même maison que Brown-Séquard. Mon père m'avait présenté au grand savant. Je le vois encore tel que le décrit M. Binet et je n'ai pas oublié l'indulgente bonté avec laquelle il m'arrêtait parfois pour me dire quelques mots lorsque je le croisais en me rendant au lycée.

F. L. S.

de l'air confiné, contenant des émanations du poumon et la puissance thérapeutique de l'air pur ». N'était-ce pas une ébauche de l'oxygénothérapie moderne ?

M. BINET rappelle ensuite *les études sur la mort* : BROWN-SÉQUARD insistait sur « la prolongation extraordinaire des principaux actes de la vie après la cessation de la respiration ». Et ce fut le point de départ des essais de réanimation.

Les glandes à sécrétion interne. Quelques mois après la publication d'ADDISON (1855) sur la maladie bronzée, BROWN-SÉQUARD fit, à l'Académie des Sciences, puis à l'Académie de Médecine, deux communications relatant ses recherches expérimentales sur les fonctions des *capsules surrénales*.

Il affirmait que « la destruction des capsules surrénales entraîne toujours la mort à plus ou moins brève échéance.

« La destruction d'une seule capsule, ajoutait-il, n'est pas toujours suivie d'une issue fatale.

« Les capsules surrenales sont des organes essentiels à la vie.

« La mort à la suite de l'altération de ces organes est précédée d'un affaiblissement graduel allant jusqu'à la paralysie des membres postérieurs, puis antérieurs, enfin des muscles respiratoires.

« Le sang des animaux privé de capsules surrénales est toxique pour un animal récemment opéré, tandis que la transfusion de sang d'un animal sain à un animal en agonie peut le rappeler à la vie... »

Les glandes génitales, le problème dit du vieillissement. Pour prolonger la vie et améliorer la vieillesse, BROWN-SÉQUARD préconise l'injection de liquide organique en partant des glandes génitales. Avec d'ARSONVAL il prépara un extrait de glandes testiculaires dont on parla beaucoup, qu'on railla inconsidérément et qui, cependant, était le premier pas dans la voie qui conduit maintenant à l'emploi de la testostérone.

En conclusion, M. BINET rappelle que BROWN-SÉQUARD fut avant tout un praticien qui a prouvé l'utilité majeure de la physiologie pour les médecins. La physiologie l'a, en effet, conduit « à des découvertes d'une portée considérable et en particulier, à celle de l'opothérapie ».

Je m'arrête, croyant avoir suffisamment indiqué le puissant intérêt que présente l'ouvrage de M. BINET.

F. L. S.

ANALYSES

Pollution des puits d'alimentation de Lyon et sa banlieue par des infiltrations d'essence plombifère provenant d'un pipe-line. — M. VIOLET. *Hygiène Sociale*, n° 3, mars 1946.

L'agglomération lyonnaise est desservie en eau potable par l'usine municipale et par la Compagnie Générale des Eaux, au moyen de galeries et de puits filtrants creusés dans les bancs d'alluvions caillouteuses sur les rives du Rhône, en amont de la ville.

On connaît, d'autre part, le pipe-line installé à l'automne 1944 dans la vallée du Rhône pour amener l'essence de Marseille et assurer le ravitaillement des armées alliées. C'est un travail formidable qui a été exécuté avec une rapidité très grande. Le pipe-line est constitué par deux conduites en acier fonctionnant sous une pression de 28 kg. par cm². Les tuyaux sont généralement posés sur le sol, ce qui facilite leur surveillance et ils sont installés en suivant le tracé le plus court. C'est ainsi qu'ils ont pu se trouver trop près du périmètre de protection des eaux de Lyon.

Des infiltrations furent signalées en avril 1945. Le professeur Morel mit au point une technique pour doser dans l'eau le plomb tétra-éthyle utilisé comme antidétonant et qui, mélangé à l'essence américaine, en constituait l'élément le plus dangereux.

Le 4 juin 1945 une rupture de pipe-line se produit près de l'usine des eaux, le lendemain une importante nappe d'essence fait son apparition dans la grande galerie de réunion des eaux.

Les mesures nécessaires sont immédiatement prises par les autorités lyonnaises, la population est prévenue et l'eau potable est distribuée par camions-citernes dans les différents quartiers.

« Le 11 juin un échantillon prélevé au robinet du professeur Courmont, montre la présence de 178 centièmes de milligramme de plomb par litre.

« Le 18 juin l'analyse ne révèle plus que 39 centièmes de milligramme de plomb par litre. » Rappelons que d'après Armand Gautier, l'homme absorbe par ses aliments et les ustensiles de cuisine 0 mmgr. 50 par jour, quantité bien tolérée.

Le mauvais goût de l'eau avait suffi à empêcher sa consommation. Aucun accident sérieux n'a été constaté, deux médecins des hôpitaux ont cependant signalé, dans leurs familles, des troubles diarrhéiques. Le danger d'accidents aigus a été écarté par la distribution d'eau potable par les camions-citernes, mais on pouvait encore craindre des accidents de saturnisme chronique.

Des travaux effectués immédiatement par l'armée américaine n'ont pas suffi et le 27 juin on constatait encore 51 centièmes de milligramme, chiffre retombé, le 4 juillet, à 3,2 centièmes de milligramme.

En résumé, il n'y a pas eu d'accident grave. Indirectement la pollution des eaux a amené une consommation d'eau de puits non bouillie, qui s'est traduite par quelques cas de fièvre typhoïde.

Mais il reste à craindre que les terrains ne restent encore longtemps imprégnés, et c'est avec raison que l'auteur souligne l'importance de la réglementation qui devra être envisagée à l'avenir avant d'autoriser la pose des pipe-lines.

M. L. S.

Remarques sur la névralgie du fémoro-cutané (névralgie paresthésique), par Jacques GRABER-DUVERNAY (Aix-les-Bains). *Revue du Rhumatisme*, 13e année, n° 4, avril 1946, p. 97.

L'auteur a pu observer sur les 157 déportés du centre thermal d'Aix-les-Bains 31 cas nets de névralgie paresthésique. Ce chiffre est tout à fait insolite et, mis en face des conditions dans lesquelles ces malades ont vécu, il éclaire d'une manière nette l'étiologie assez obscure jusqu'ici de cette algie. Jusqu'ici, en effet, on l'attribuait surtout à la diathèse arthritique, c'est-à-dire à des troubles dus à des excès alimentaires, surtout à une alimentation trop riche, en matières azotées. Et de fait certains malades ont été guéris à la suite d'un régime sévère, parfois avec rechute lorsque le régime était abandonné. Cette étiologie doit être abandonnée pour les déportés en Allemagne. L'auteur incrimine ici comme facteur principal le froid. Il s'y est ajouté parfois des troubles endocriniens et, après leur retour, une reprise trop rapide d'une alimentation trop riche en substances azotées.

La cure thermale d'Aix a guéri 17 de ces 31 malades, 9 ont été améliorés. Les infra-rouges, la diathermie, la radiothérapie sont à essayer chez les autres et, en dernier ressort, les cas rebelles, sont justiciables de la section chirurgicale.

M. L.

La dilatation des bronches : notions modernes, notions pratiques, par G. Mantoux. *Journal de médecine et chirurgie pratiques*, tome CXVII, mars 1946, pp. 47-55.

La pratique de la bronchographie lipiodolée, celle de la bronchoscopie, l'examen des pièces de lobectomie et de pneumectomie ont apporté des notions nouvelles dans l'histoire de cette affection. G. Mantoux les résume dans cet intéressant article.

Il semble bien qu'il existe, au point de vue étiologique, deux variétés de dilatation des bronches : la forme congénitale plus ou moins associée ou apparentée aux kystes gazeux du poumon, les formes acquises d'étiologie variable décelée par la bronchographie et la bronchoscopie.

Les lésions siègent surtout aux lobes inférieurs, atteignant un territoire bronchique souvent lobaire, parfois plus limité. Ce sont surtout les petites bronches qui sont atteintes. Le parenchyme pulmonaire de voisinage est atteint de lésions profondes, avec une rétraction et condensation considérable.

Il faut savoir que la lésion est fréquente chez l'enfant. Or, l'enfant ne crache pas. Toute toux grasse avec expectoration purulente a donc, chez un enfant, des chances d'être due à une dilatation bronchique.

L'expectoration doit être recueillie dans un crachoir transparent et gradué pour mettre en évidence ses quatre couches et pouvoir en établir une courbe.

L'auteur expose les aspects radiologiques qui peuvent évoquer la dilatation bronchique : accentuation des ombres tronculaires, images cavitaires, toute image d'opacité surtout l'opacité triangulaire para-médiastinale.

Seule l'injection lipiodolée permet de transormer les présomptions cliniques et radiologiques en certitude. Avant toute opération il convient d'injecter au lipiodol, tout l'arbre bronchique, pour contrôler la topographie exacte des ectasies.

L'examen bronchoscopique, indispensable, révèlera les lésions causales dans les ectasies secondaires.

Les seules affections à éliminer lors du diagnostic sont les bronchorrhées simples sans dilatation, et surtout les kystes pulmonaires. Pour ces derniers, si cette discrimination est possible pour les formes acquises, elle est impossible dans bien des cas pour les formes congénitales. La conduite à tenir : traitement médical ou traitement chirurgical, est difficile à établir étant donné la grande incertitude de l'évolution.

L'intervention peut seule donner une guérison complète, mais comporte des risques certains.

Les indications sont fournies : par l'âge, les plus belles statistiques se rapportant à des enfants ; la forme anatomique : dilatations ampullaires sacciformes unilatérales et bien localisées ; la gêne fonctionnelle suffisante pour constituer une vraie infirmité.

On écartera : les formes légères ou trop avancées, les bronchectasies étendues à tout l'arbre bronchique.

On retiendra surtout dans le traitement médical, le choix d'un climat sec, l'heureuse action du drainage de posture, la broncho-aspiration ; l'introduction par bronchoscopie de médicaments anti-infectieux. Mais le traitement médical ne peut apporter que des améliorations, seule l'exérèse des ectasies localisées peut amener la guérison. Mais la décision chirurgicale reste très difficile à prendre.

M. L.

Le diagnostic du sexe de l'enfant pendant la grossesse, par W. Geisendorf (*Revue française gynécologique et d'obstétrique*, 41e année, n° 2, février 1946, page 51).

Reprenant à la maternité de Genève l'étude du test de Dorn et Sugermann, l'auteur injecte à des lapins mâles en période de migration testiculaire de l'urine ou du sérum de femmes enceintes de plus de cinq mois ; lorsque les testicules du lapin augmentent de volume, se congestionnant et présentant au microscope une accélération de la spermatogénèse on présume que la femme est enceinte d'une fille ; lorsque les testicules ne sont pas modifiés par rapport à ceux d'un lapin témoin, on présume qu'il s'agit d'un garçon. Sur 32 cas, le diagnostic macro et microscopique n'a été mis en défaut qu'une fois ; dans 5 cas l'aspect macroscopique ne concordait pas avec le microscope. Si ce test ne paraît pas devoir avoir une valeur pratique considérable, il présente un intérêt scientifique incontestable car il implique l'existence dans les urines de la femme enceinte d'hormones gonadotropes non spécifiques et d'hormones ou de vitamines variables suivant le sexe de l'enfant à naître.

M. L. S.

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE POUR 1946

Candidats autorisés à prendre part au concours d'agrégation des facultés de médecine pour 1946.

Sont autorisés à prendre part au concours d'agrégation des Facultés de médecine s'ouvrant le 4 juillet 1946 :

SECTION I. — Anatomie et organogénèse : MM. Courty Albert, Debeyre Jean, Delmas André, Garraud Robert, Grisoli Jean, Guerrier Yves, Henry Edmond, Latarjet Michel, Lazorthes Guy, Minné Jean, Winckler Georges.

SECTION II. — Anatomie pathologique : M. De Brux Jean, Mlle Hoerner Gabrielle, MM. Feroldi Jacques, Fruhling Louis, Gastaut Henri, Guichard Albert, Laffargue Pierre, Messimy Robert.

SECTION III. — Bactériologie. — MM. Bonnefoi Antoine, Fabiani Georges, Fasquelle Robert, Fricker Jean-Marie

SECTION IV. — Chimie médicale. — MM. Benezech Christian, Cartier Pierre, Derrien Yves, Desgrez Pierre, Grangaud René, Raynaud Marcel, Schapira Georges, Tanret Pierre, Tayeau Francis, Valdiguie Paul, Dumazert Jean.

SECTION V. — Histologie et embryologie. MM. Baud Albert, Barry Julien, Bimes Charles, Coujard Roger, Desclaux Pierre, Gineste Pierre, Jullien Georges, Lavedan Jacques, Legait Etienne, Mayer Gaston, Mlle Pallot Gilberte, MM. Picard Dominique, Sentein Paul, Tuchmann Herbert.

SECTION VI. — Hygiène. — MM. Benoit Fernand, Boyer Jean, Mlle Brosse Thérèse, MM. Deparis Maurice, Gounelle Hugues, Sohier Roger, Vieuchange Jean.

SECTION VII. — Médecine légale : MM. Bourret Jacques, Christiaens Louis, Derobert Léon, Fourcade Jean, Ollivier Henri, Roche Louis.

SECTION VIII. — Parasitologie : MM. Brumpt Lucien, Chambost Léon, Coudert Jean, Helluy Joseph, Ranque Jacques.

SECTION IV. — Pathologie expérimentale : MM. Merklen Jules, Viallier-Raynard J.

SECTION X. — Pharmacologie et matière médicale : MM. Cheymol Jean, Febvre Pierre.

SECTION XI. — Physiologie : MM. Bargeton Daniel, Chardon Georges, Giraud Edouard, Loubatières A., Parrot Jean, Mlle Rougier G., M. Thieblot Louis.

SECTION XII. — Physique médicale : Mlle Achard G., MM. Berger Michel, Blanquet Paul, Casanova Jean, Chéchan Charles, Djourno André, Mlle Gex Marie, MM. Gougerot Louis, Gros Charles, Kofman Salomon, Marques Pierre, Meynard J.-M., Orsoni Dominique, Reboul Jean, Roux Henri.

SECTION XIII. — Chirurgie générale : MM. André Pierre, Arnulf Georges, Azerad Elie, Bardonnet Louis, Barroux Robert, Baudet Albert, Baumann Jean, Bérard Marcel, Bertrand Pierre, Bourgeon René, Boudreaux Jacques, Cahuzac Maurice, Chavannaz Jean, Coste Jean, Courty Albert, Cros Robert, Dambrin Paul, Dargent Marcel, Darmaillacq Robert, Desjacques Robert, Dieulafe Raymond, Enjalbert André, Estor Henri, Estrade Jean, Forster Emile, Francillon Jacques, Froehlich Frédéric, Garraud Robert, Gineste Jean, Giraud Jules, Gosset Jean, Gouzy Pierre, Gros Claude, Grimoud Marcel, Groult Pierre, Guillemin Georges, Guillet René, Huguier Jacques, Joyeux René, Labry René, Lafrance Lucien, Laine Emile, Lamy Jean, Lange Jacques, Lapeyrie Maurice, Laporte Fernand, Laumonnier Henry, Laurens Henry, Lecocq Pierre, Léger Lucien, Lena André, Letac Roger, Lhez André, Liaras Henri, Luccioni François, Maillet Paul, Mansuy Louis, Marion Joseph, Marion Pierre, Mathieu Jacques, Megnin Noël, Merle d'Aubigné Aimé, Pietra Pierre, Mouchet Alain, Nègre Eric, Olivier Claude, Padovani Paul, Patoir Gérard, Perrin Jean, Poilleux Félix, Poinot Jean, Romieux Claude, Roux Marcel, Rieunau Georges, Rudler Jean-Claude, Serafino Paul, Soustelle Jean, Trillat Albert, Vandecasteele Jean, Vergoz Camille, Verhaecke Michel, Villar Jean, Midon Jacques.

SECTION XIV. — Médecine générale : MM. Albeaux Michel, Balmes Antonin, Balmes Jean, Barral Philippe, Bazex André, Becq Maurice, Benda Raymond, Bergouignan Michel, Bernard Jean, Bollinelli Raymond, Boltanski Etienne, Boudin Georges, Boulenger Pierre, Bounhoure Louis, Breton André, Brun Jacques, Caroli Jacques, Cattan Roger, Cazal Pierre, Chaptal Jean, Chardonneau Jean, Conte Michel, Crehange Jean Louis, Dardenne Pierre, Darnaud Charles, Decourt Jacques, Derot Maurice, Desmonts Théodore, Despierres Gabriel, Desruelles Jean, Dreyfuss Gilbert, Fassio Edouard, Fauvert René, Galy Pierre, Gadrat Jacques, Garrie Pierre, Gayral Louis, Geraud Jean, Girard Jean, Girard Marcel, Girard Paul, Godlewski Michel, Gonin André, Graux Pierre, Hamburger Jean, Heully François-Claude, Herbeuval René, Jeune Mathis, Jouve André, Kourilsky Raoul, Kuhlmann Daniel, Laplane Robert, Laporte Jacques, Lasserre Jean, Lévi-Valensin André, Lévy Jacques, Linquette Marc, Louyot Pierre, Mahoudeau Daniel, Manceaux Gabriel, Marie Julien, Mauric Georges, Mayer Georges, Messimy Robert, Metzger Henri, Olmer Jean, Paris Jean, Passouant Pierre, Patoir André, Pauly Alfred, Perrault Marcel, Pierquin Louis, Planchu Marcel, Pons Henri, Rambert Paul, Ravoire Jean, Raynaud Robert, Raybaud Antoine, Revol Louis, Rodier Jean, Ruffie, Serre Henri Souchen Henri, Stahl Jules, Tamalet Louis, Thiers Henri, Thomasset Auguste, Traissac Fernand, Uhry Pierre, Vachon Alphonse, Vage Jean, Varay André, Vedel André, Viallier-Raynard Jean, Verger Pierre, Weil Jean, Worms Robert.

Ajouter : MM. Azerad Elie, Lamy Maurice, Klotz Henri.

SECTION XV. — Dermatologie et syphiligraphie : MM. Degos Robert, Lecoulant Pierre, Garnier Georges.

SECTION XVI. — Hydrologie : MM. Cuvelier Robert, Debray Charles, Fontan Michel.

SECTION XVIII. — Neurologie et psychiatrie : MM. Baruk Henri, Cossa Paul, Crémieux Albert, Fassio Edouard, Lafon Robert, Lereboullet Jean, Michaux Léon, Neveu Paul, Peron Jean, Rouquies Lucien, de Sèze Stanislas, Soulairac André.

SECTION XIX. — Obstétrique : MM. Brochier André, Burger Paul, Burthiault René, Ginglinger Albert, Grasset Jacques, Lepage François, Lyonnet Robert, Magnin Pierre, Mayer Maurice, Merger Robert, Ravina Jean, Rochet Edouard, Suzor René, Varangot Jacques.

SECTION XXI. — Ophtalmologie : MM. Bessière Edouard, Deodati Félix, Desvignes Pierre, Offret Guy, Pesme Paul.

SECTION XXII. — Oto-rhino-laryngologie : MM. Aubin André, Aubry Maurice, Maduro Robert.

SECTION XXIII. — Pédiatrie : MM. Lamy Maurice, Laplane Robert, Lefebvre Gérard, Marie Julien, Sacrez Robert, Thieffry Stéphane.

Les candidats dont les noms suivent ne sont toutefois admis à concourir que sous réserve d'avoir complété leur dossier avant le 15 juillet 1946 :

Mlle Achard Geneviève, MM. Aubry Maurice, Azerad Elie, Balmes Antonin, Bardonnet Louis, Benezech Christian, Caroli Jacques, Cazal Pierre, Chaptal Jean, Chardonneau Jean, Cossa Paul, Coste Jean, Courty Albert, Crehange Jean-Louis, Cuvelier Robert, Darmaillacq, Debeyre Jean, Decourt Jacques, Dreyfus Gilbert, Desgrez Pierre, Desvignes Pierre, Fasquelle Robert, Febvre Pierre, Fourcade Jean, Fricker Jean-Marie, Gounelle Hugues, Grasset Jacques, Grisoli Jean, Gros Charles, Guerrier Yves, Herbeuval René, Kofman Salomon, Lafon Robert, Lamy Jean, Laplane Robert, Letac Roger, Marie Julien, Mayer Maurice, Merle d'Aubigné Aimé, Messimy Robert, Mouchet Alain, Neveu Paul, Parrot Jean, Passouant Pierre, Pesme Paul, Pietra Pierre, Rambert Paul, Ravina Jean, Ravoire Jean, Raynaud Marcel, Raynaud Robert, Reboul Jean, Roche Louis, Rodier Jean, Romieu Charles, Roux Marcel, Rudler Jean-Claude, Sentein Paul, Serre Henri, Sohier Roger, Suzor René, Thieblot Louis, Vergoz Camille, Worms Robert.

Sont admis, par application des dispositions de l'article 2 de l'ordonnance du 15 juin 1945, au bénéfice des dispositions de l'article 3 du décret du 23 avril 1946 susvisé :

Mlle Achard Geneviève, MM. Arnulf Georges, Azerad Elie, Balmes Antonin, Barry Julien, Bazex André, Benezech Christian, Bergouignan Michel, Bernard Jean, Bimes Charles, Bollinelli Raymond, Boltanski Etienne, Boudreaux Jacques, Boulenger Pierre, Bourgeon René, Boyer Jean, Breton André, Mlle Brosse Thérèse, MM. Brumpt Lucien, Burger Paul, Cartier Pierre, Casanova Jean, Cahuzac Maurice, Cattan Roger, Chavannaz Jean, Chardon Georges, Chechan Charles, Christiaens Louis, Coste Jean, Coudert Jean, Coujard Roger, Courty Albert, Crehange Jean-Louis, Crémieux Albert, Cros Robert, Dambrin Paul, Dardenne



Pierre, Darnaud Charles, Debray Charles, Degos Robert, Delmas André, Deodati Félix, Deparis Maurice, Desclaux Pierre, Desmonts Théodore, Despierrès Gabriel, Desruelles Jean, Dieulafe Raymond, Djourno André, Dreyfus Gilbert, Enjalbert André, Estor Henri, Estrade Jean, Fabiani Georges, Fasquelle Robert, Fauvert René, Feroldi Jacques, Fontan Michel, Forster Emile, Froehlich Frédéric, Fruhling Louis, Garraud Robert, Gastaut Henri, Géraud Jean, Gineste Jean, Ginglinger Albert, Girard Jean, Girard Marcel, Giraud Edouard, Godlewski Michel, Gougerot Louis, Grangaud René, Grasset Jacques, Graux Pierre, Grimoux Marcel, Gros Claude, Groult Pierre, Guerrier Yves, Guillet René, Hamburger Jean, Helluy Joseph, Henry Edmond, Herbeuval René, Heully Franç.-Cl., Huguier Jacques, Joyeux René, Jullien Georges, Kofman Salomon, Kuhlmann Daniel, Laffaigue Pierre, Lafrance Lucien, Laine Emile, Lamy Maurice, Lange Jacques, Laplane Robert, Laporte Jacques, Lavedan Jacques, Lazorthes Guy, Lecocq Pierre, Lecoulant Pierre, Legait Etienne, Lena André, Lévi-Valensin André, Lévy Jacques, Lhez André, Llaras Henri, Louyot Pierre, Manceaux Gabriel, Marie Julien, Mauric Georges, Mayer Georges, Mayer Maurice, Megnin Joël, Merger Robert, Merklen Jules, Merle d'Aubigné A., Metzger Henri, Michaux Léon, Midon Jacques, Minne Jean, Nègre Eric, Olivier Claude, Ollivier Henri, Passouant Pierre, Patoir André, Patoir Gérard, Péron Jean, Picard Dominique, Pierquin Louis, Poilleux Félix, Poinot Jean, Pons Henri, Ranque Jacques, Raynaud Robert, Revol Louis, Rieunau Georges, Roche Louis, Romieu Claude, Ruffié, Sacrez Robert, Serafino Paul, Souchon Henri, Soulairac André, Stahl Jules Thierry Stéphane, Traissac Fernand, Trillat Albert, Tuchmann Herbert, Vandecasteele Jean, Varangot Jacques, Vedel André, Vergoz Camille, Villar Jean, Winckler Georges, Worms Robert.

Ajouter : MM. Baumann Jean, Klotz Henri, Soustelle Jean, Uhry Pierre, Verger Pierre.

Sont autorisés à se présenter au concours d'agrégation, à titre étranger, selon les dispositions de l'arrêté du 8 mai 1946 susvisé :

SECTION I. — Anatomie et organogénèse : M. Hakini Maoutchehr.

SECTION II. — Anatomie pathologique : M. Berdjis Choaib.

SECTION V. — Histologie et embryologie : M. Dos Ghali Jean.

SECTION X. — Pharmacologie et matière médicale : M. Dos Ghali Jean.

SECTION XIII. — Chirurgie générale : M. Marachi.

SECTION XVI. — Hydrologie : M. Maschas.

SECTION XVIII. — Neurologie et psychiatrie : M. Ajuria Guerra.

SECTION XXI. — Ophtalmologie : M. Farahmand.

INTERETS PROFESSIONNELS

Communiqué du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins

Séance du 16 mai 1946

Décisions prises par le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins dans sa séance du 16 mai 1946.

Cotisation. — La cotisation au Conseil départemental de l'Ordre pour 1946 a été fixée à 1.500 francs. Taux réduit à 1.000 francs pour les jeunes confrères dans les trois premières années d'exercice. Dégrèvement total pour les confrères âgés de 75 ans. Sur ces 1.500 francs, 250 francs sont destinés au fonctionnement administratif de l'Ordre National, 150 francs au fonctionnement du Conseil Régional, 250 francs aux œuvres d'entr'aide de l'Ordre National, 250 francs aux fonds d'aide aux déportés, prisonniers et sinistrés (obligation légale) et 50 francs pour le Comité de Coordination, les 550 francs restant sont destinés aux frais de gestion et au service d'entr'aide du Conseil départemental.

Lutte contre l'avortement criminel. — Le Conseil croit devoir rappeler aux confrères qu'aux termes du décret du 29 juillet 1939, il n'est permis de recourir à l'avortement thérapeutique qu'après une consultation écrite avec deux consultants dont l'un est obligatoirement expert près le tribunal de la Seine (les experts sont MM. Portes, Sureau, Vaudescal et Franck-Viala).

Les confrères qui sont sollicités par une consultante d'interrompre une grossesse ont le devoir moral non de l'éconduire, mais de lui représenter les dangers de l'avortement et de l'aiguiller sur une maison maternelle. Une liste de ces foyers d'accueil est en préparation avec le concours du Comité central des Œuvres d'assistance et sera publiée ultérieurement. Des renseignements peuvent être demandés au secrétariat du Conseil départemental et à celui de Médecine et Famille, 28, place Saint-Georges.

Pénicilline. — Le Conseil met en garde les confrères sur les inconvénients qui pourraient résulter de l'emploi de pénicilline d'origine clandestine qui est souvent ou malhonnêtement acquise ou inefficace par mauvaise conservation, ou remplacée frauduleusement par un produit parfois toxique.

Secret professionnel et accouchement. — Le Conseil est d'avis que les actes d'obstétrique devraient être exprimés en « K » dans la nomenclature, et adresse un vœu en ce sens au Conseil National et à la Chambre Syndicale.

Médecine préventive. — Il n'est loisible aux médecins administratifs de pratiquer la cuti-réaction dans un but de dépistage qu'à la condition qu'elle soit faite par le médecin lui-même, que son résultat soit lu par lui, et qu'il soit communiqué aux fins thérapeutiques au médecin traitant.

LE CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE LA SEINE DE L'ORDRE DES MÉDECINS.

Chambre syndicale des médecins de la Seine Relèvement des honoraires dans le département de la Seine

Le Conseil de la Chambre syndicale des médecins de la Seine, dans sa séance du 15 mai 1946, a fixé les honoraires médicaux minima applicables à partir du 1er juillet 1946, à la clientèle courante, aux chiffres suivants :

Consultation, 120 fr. — Visite, 150 fr. — V. D. (sur appel), 200 fr. — V. N., 300 fr. — P. C., 80 fr. — K, 80 fr. — Accouchement, 3.500 fr.; gémellaire, 4.500 fr.

Au cours d'une réunion tenue fin novembre 1945, au ministère du Travail, dans le bureau de M. Guibert, directeur de la Mutualité, où assistaient notamment des représentants des Caisses, le Dr Cibrie et le Dr Dupas, il avait été admis que le coefficient 4 pouvait légitimement être appliqué aux honoraires de 1938.

Le Dr Dupas avait d'ailleurs fait remarquer la modération avec laquelle le corps médical de la Seine avait élevé ses honoraires et avait précisé que les barèmes de 100 fr. pour la consultation et de 130 fr. pour la visite ne pouvaient être considérés que comme provisoires et ne correspondaient d'ailleurs pas au coefficient 4 admis.

Ce nouveau barème constitue l'application du coefficient 4 au barème de 1938, et cela malgré l'augmentation croissante du coût de la vie et des frais professionnels des médecins depuis décembre 1945.

Le Secrétaire général,
CHARRY.

INFORMATIONS
(Fin)

Une épée d'honneur pour le professeur René Leriche

Les élèves et les amis du professeur René Leriche, désireux de lui manifester leur admiration et leur attachement, ont décidé, à l'occasion de son élection à l'Académie des Sciences, de lui offrir l'épée d'honneur des membres de l'Institut de France. Le Comité d'honneur est présidé par le recteur Roussy, le Comité d'organisation par le professeur L. Bérard, de Lyon.

L'épée sera remise au cours du Congrès de Chirurgie qui se tiendra à Paris, au mois d'octobre 1946.

Les souscriptions seront reçues par M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, Paris (6e). Comptes chèques postaux, Paris 599.

Amitié franco-polonaise (A. F. P.)

Un comité d'aide aux bibliothèques de Pologne, dont on sait la détresse, s'est constitué, le 24 octobre dernier, sur l'initiative de M. et Mme Frédéric Joliot-Curie.

Le comité recevra avec reconnaissance des dons en nature (livres et revues de tout genre), qui peuvent être adressés au siège de l'A. F. P., 82, boulevard Arago.

Ou des dons en espèces. Les envoyer à Mme le Dr Wanda Causse, 81, rue des Saints-Pères, Paris (6e). Compte chèques postaux Paris 220-28.

Union fédérative nationale des médecins de réserve

Pour clore la période d'instruction 1945-1946, l'Union fédérative nationale des médecins de réserve (58, rue Chardon-Lagache, Paris 16e), a donné, le 15 juin, à la Faculté de médecine, des conférences sur le Service de Santé de la Division blindée. Ces conférences furent présidées par le général de Lattre de Tassigny, qui fut reçu par le professeur Pasteur-Vallery-Radot, représentant le doyen de la Faculté de Médecine de Paris et par le Dr Julien Huber, président de l'U. F. N. M. R. Les conférences reprendront en octobre. Les membres de l'Association bénéficieront du quart de place pour venir assister à ces conférences.

Société belge de chirurgie

Le cinquantenaire de la Société belge de chirurgie a été célébré le samedi 29 juin. Le président, M. Jules Verhoogen, a retracé l'histoire de la Société.

L'Académie de chirurgie de Paris était représentée, notamment par MM. les professeurs Chevassu, Sorrel, M. Edouard Michon.

Union internationale de Thérapeutique

L'Assemblée plénière de l'Union internationale de Thérapeutique se tiendra à Paris, à la Faculté de Médecine, le 18 octobre 1946, sous la présidence du professeur Loeper. Elle coïncidera avec l'inauguration solennelle de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie (ancienne Société de Thérapeutique) que préside le Dr Bory.

Les sujets choisis sont « Le Fer en Thérapeutique » et « La Thérapeutique par les Aérosols ». Des rapports sur ces deux sujets y seront présentés par diverses personnalités éminentes de la France et des pays alliés.

Le 23e Congrès de médecine légale se tiendra à Paris les 18 et 19 octobre 1946 sous la présidence de M. le professeur Duvoir.

Des rapports de médecine légale, de traumatologie et de police scientifique seront présentés.

Pour tous renseignements s'adresser à M. le professeur Piedelièvre, 5, rue Cassini, Paris (14e), secrétaire général ou à M. le docteur Derobert, 1, rue Clovis, Paris (5e), secrétaire général adjoint.

XIe Congrès Français de Gynécologie

Alger 7-10 avril 1947 (Fêtes de Pâques)

Président : M. le professeur A. Laffont, doyen de la Faculté de médecine d'Alger ; secrétaire général : M. le Dr Maurice Fabre, secrétaire général de la Société française de gynécologie.

Question à l'ordre du jour : Les annexites (tuberculose exclue). Rapporteur général : M. le professeur agrégé Massé (de Bordeaux).

De belles manifestations touristiques dans le sud algérien et le Sahara septentrional sont prévues à l'occasion de ce Congrès.

Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. le Dr Ezes, commissaire général, 5, rue Charras, Alger.

Société Française d'Acupuncture

Le 24 mai 1946 a eu lieu la réunion inaugurale des Sociétés Française et Internationale d'Acupuncture au siège social, 8, avenue Franklin-Roosevelt, Paris (8e), sous la présidence du professeur Laignel-Lavastine, membre de l'Académie de médecine.

Etaient présents : le Dr de La Fuye, président fondateur ; le Dr de La Farge, secrétaire général ; Mme Allaix, trésorière ; le Dr Dano, le Dr Derecq, le Dr Leclainche, inspecteur général du ministère de la Santé publique et le Dr Berthet.

Assistaient à cet entretien le médecin commandant Genaud, médecin chef de l'hôpital Chaptal et le docteur vétérinaire Palussière.

Après une allocution du Dr de La Fuye, président fondateur, indiquant les buts et les moyens d'action des Sociétés, il donne lecture de la liste des membres de la Société Internationale, qui compte déjà des correspondants en Belgique, en République Argentine, au Grand-Duché de Luxembourg, au Brésil et en U.R.S.S.

Au cours de la réunion, les décisions suivantes ont été prises à l'unanimité :

Intégrer à la médecine moderne l'Acupuncture chinoise, cette thérapeutique d'une médecine traditionnelle millénaire, étant entendu que cette médecine d'Extrême-Orient sera dégagée autant que possible de toutes les images ou expressions poétiques qui constituent pour beaucoup de nos confrères, un écran opaque qu'il importe de dissiper.

Un congrès international aura lieu au mois d'août 1947 à Nice, au Centre universitaire méditerranéen.

Erratum. — Liste de nomination du concours normal de l'externat, n° 13, 1er juillet :

Au lieu de Mlle Marie Doussan, lire Mlle Marie-Sylvie Doussau.

Louis MARTIN

1864-1946

Avec Louis Martin disparaît le dernier des élèves directs de Pasteur.

Depuis plus d'un an, son état de santé l'avait retenu loin de l'Académie de médecine où nous étions si heureux de retrouver chaque mardi ce grand savant qui nous témoignait toujours une amitié dont nous lui étions profondément reconnaissant.

Louis Martin était né en 1864 au Puy-en-Velay. Son père était un architecte très estimé qui sut admirablement diriger ses quatre fils, car tous, à des titres divers, ont grandement honoré leur pays.

L'aîné, officier de marine, puis maître de forges, devint sénateur de la Haute-Loire. Un autre fut architecte, et on lui doit notamment la construction de l'hôpital Pasteur, qui fit sensation à l'époque. Un autre, M. Germain Martin, juriste éminent, a été ministre des Finances et est membre de l'Institut.

Tous étaient très attachés à leur pays natal, Louis Martin plus encore que ses frères, peut-être parce que ses travaux de l'Institut Pasteur l'en éloignaient davantage. Dans nos longues conversations, Louis Martin me parlait souvent de ses chères montagnes, des beaux châtaigniers de son pays. Du montagnard il avait gardé toutes les belles qualités de loyauté, de finesse, de droiture et de ténacité. Il ne se laissait rebuter par aucune difficulté et sa longue vie de labeur restera comme un magnifique exemple des vertus de notre race.

Louis Martin a souvent raconté comment, bien que ne connaissant pas Pasteur, il alla, bien timidement, lui demander la permission de travailler à l'Institut Pasteur. Il était alors interne des hôpitaux de 1re année. Il ne tarda pas à devenir préparateur, puis chef du laboratoire de la sérothérapie antidiphtérique.

Au moment du cinquantenaire de la vaccination antidiphtérique, la « Gazette des Hôpitaux » a rappelé les premières injections de sérum faites en 1894 par Louis Martin, à l'hôpital des Enfants-Malades, puis la mémorable communication qu'il fit la même année avec Emile Roux au Congrès de Budapest.

Cette communication sur le traitement de la diphtérie fut l'un des faits les plus saillants de sa carrière de chercheur. Il y en eut bien d'autres depuis, car Louis Martin a étendu ses recherches à tous les domaines, il a laissé son empreinte partout, soit en bactériologie, soit en clinique.

A ce point de vue, les années passées à l'hôpital Pasteur depuis 1900, soit comme médecin résidant, soit comme directeur, ont été des plus fructueuses.

C'est ainsi qu'on doit à Louis Martin d'innombrables travaux et de nouvelles recherches sur la diphtérie clinique et expérimentale, sur les maladies épidémiques et contagieuses, sur la méningite tuberculeuse, la maladie du sommeil, la spirochétose ictéro-hémorragique, etc.

Louis Martin prit en 1910 la direction de la sérothérapie en même temps que celle de l'hôpital. Ses travaux l'amenèrent à fonder la Société de pathologie exotique, cependant que la Société de biologie l'appelait à la vice-présidence.

Par la suite, Louis Martin devint sous-directeur de l'Institut, puis directeur à la mort d'Emile Roux.

L'Académie de médecine lui avait ouvert ses portes en 1919, il en avait été le président en 1934. L'Académie des sciences enfin l'élisait en 1937 dans la classe des membres libres.

Louis Martin avait reçu il y a quelques années la grand'croix de la Légion d'honneur.

Avec lui disparaît un grand serviteur du pays. Sa vie a été pour le monde entier un noble exemple bien digne du maître auquel il a eu l'honneur de succéder.

Nous prions son fils, notre collègue René Martin, médecin de l'hôpital Pasteur, et son gendre, le professeur agrégé Digonnet, accoucheur des hôpitaux, de trouver ici l'expression de notre sympathie très profonde.

F. L. S.

Nécrologie

Le médecin auxiliaire Claude Viallet, tué le 8 mars 1946 à Thoi-Binh (Indochine).

— Le Dr Paul Freret, ancien chef de clinique de la Faculté, décédé à Chamonix.

— Le professeur Jules Froment, professeur de clinique médicale à la Faculté de Lyon.

— Le Dr Lilienthal, de New-York, membre correspondant de l'Académie de chirurgie de Paris.

— Le professeur Hansen, de Copenhague, membre correspondant de l'Académie de chirurgie de Paris.


INNOVATIONS
innothéra
THÉRAPEUTIQUES
MUCINUM
LAXATIF DOUX
1 à 2 comprimés par jour
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)


PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


EVONYL
COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS
Composition
SYNERGIE VÉGÉTALE et OPOTHÉRAPIQUE
Indications
(Double action FOIE ET INTESTIN) Affections hépato-biliaires, Cholécystite, Ictère, Congestions hépatiques, Lithiases, Angiocholite, Constipation aiguë et chronique, Hypertension.
Posologie
2 dragées, tous les soirs, au repas.
Enfants : demi-dose.
LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE (RHÔNE)

LIVRES NOUVEAUX

Phtisiologie humaine. Aspects cliniques et médico-sociaux, par Etienne BERNARD, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, médecin de l'Hôpital Tenon. Préface de M. le Professeur Fernand BEZANÇON. Un volume de 244 pages avec 19 figures. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Après un long silence imposé par les événements, après bien des épreuves, M. Etienne Bernard a pu reprendre son enseignement. La « Gazette des Hôpitaux » était heureuse de publier, en 1940, son dernier travail. Il s'agissait de tuberculose, et c'est maintenant comme titulaire de la chaire de tuberculose que le brillant disciple de Widal nous parle des nouveaux aspects de la phtisiologie humaine.

Les aspects cliniques de la tuberculose varient quand la population souffre de conditions matérielles défavorables ; c'est ainsi que la période de guerre permit d'observer en grand nombre des évolutions d'une seule tenue, des polysérites, des tuberculoses ganglionnaires.

Au lendemain de la guerre, le moment était venu de faire le point de la maladie tuberculeuse, d'en préciser l'étendue et les limites. Pour comprendre ses localisations et prévoir leur apparition, l'âge de l'infection est un fil conducteur, mais l'âge de l'individu est aussi une donnée d'une grande valeur. Au reste, l'âge de la tuberculose initiale ne cesse de reculer. La moitié des individus se tuberculisent aujourd'hui après la quinzième année, c'est-à-dire à la période phtisiogène par excellence. De ce fait, le delai moyen entre la primo-infection et la première poussée de phtisie ne cesse de diminuer. L'auteur en tire une déduction pratique : l'importance du repos prophylactique après virage de la cuti-réaction.

Une donnée de phtisiologie humaine qui a été trop négligée jusqu'ici, c'est la notion de résistance spécifique innée. Grâce à elle, de nombreux faits sont éclairés.

Les examens systématiques des collectivités nous donnent un aperçu essentiel sur la tuberculose pulmonaire latente, permettent un diagnostic et un traitement précoces, tandis que les examens radiologiques trop tardifs sont souvent responsables des évolutions graves de la maladie.

D'importants chapitres sont consacrés à la réadaptation des malades guéris ou stabilisés et à leur reclassement professionnel.

La législation et l'armement antituberculeux sont l'objet d'études synthétiques ou sont abordés tous les progrès qu'il faut encore souhaiter. L'auteur donne en exemple la lutte antituberculeuse dans l'Université.

Tous ceux qui s'intéressent à la clinique et à la prophylaxie de la tuberculose trouveront dans cet ouvrage de nombreux documents. L'aspect médical et l'aspect social de maints problèmes de phtisiologie humaine sont étudiés ici conjointement, c'est dire combien l'ouvrage de M. le professeur Etienne Bernard est complet. Il est également très clair. On n'en attendait pas moins de son auteur.

F. L. S.

La Pyorrhée dans le cadre de la médecine générale. Les faits cliniques. Pathogénie. Traitement, par René VINCENT. Préface de François MOUTIER. Un volume de 203 pages avec 43 planches. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Contrairement à l'idée qui a longtemps prévalu et que certains acceptent encore aujourd'hui, la pyorrhée n'est pas une maladie locale dont le médecin puisse se désintéresser au profit du stomatologiste, encore est-il qu'il lui soit nécessaire de s'expliquer son éclosion et son évolution autrement que par l'arthritisme et l'anaphylaxie. C'est précisément là le but de cette étude dans laquelle l'auteur, spécialiste de la question, pose le problème nosographique, pathogénique et thérapeutique de la pyorrhée en vue de le résoudre.

A la description clinique de la maladie gingivodentaire, il juxtapose le résultat, jusqu'ici inédit, de l'examen systématique de l'état général, portant sur plus de 2.000 observations.

L'étude objective des faits cliniques et anatomopathologiques l'a amené à identifier la pyorrhée comme une raréfaction pathologique de l'os alvéolaire. Cette raréfaction obéit-elle aux lois de la physiologie et de la pathologie osseuse établies par le professeur Leriche ? Elle est due, soit à l'hyperhémie locale, soit à des troubles précis du métabolisme du Ca ? L'hyperhémie locale est de toute évidence, dans la pyorrhée consécutive à l'infection, et l'auteur démontre que l'atteinte microbienne de la région gingivodentaire n'a pas son origine, comme il a été dit jusqu'à précédent, dans la flore du milieu buccal, mais atteint la gencive par voie hématogène.

L'auteur étudie ensuite le traitement général et le traitement local par des sels insolubles de Ca à l'état naissant. Il conclut en insistant sur la collaboration nécessaire du médecin et du praticien de l'art dentaire.

L'Hémophilie, affection familiale, par P. Emile WEIL, médecin des Hôpitaux de Paris. Un volume de 128 pages. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Jadis, sous le nom d'hémophilie, on réunissait toutes les observations de diathèse hémorragique, sans bien distinguer ce qui était de l'hémophilie et ce qui n'en était pas. L'hémophilie est une affection familiale héréditaire qui s'extériorise par des hémorragies graves, incoercibles, provoquées par les causes les plus minimes, maladie caractérisée par des lésions permanentes du sang, un retard considérable de coagulation. C'est cette affection familiale que l'auteur étudie. Il passe ensuite en revue les états hémophiliques non familiaux qui ont le même caractère de permanence que l'hémophilie familiale ; il considère les états hémophiliques passagers susceptibles de compliquer des états morbides divers et de disparaître avec eux, enfin des états plus complexes où l'hémophilie semble s'associer à l'autre diathèse hémorragique que l'on a mis longtemps à séparer de l'hémophilie : les purpuras chroniques.

L.

Dépôt légal. — 1946. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 15. — 1er AOUT 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Etudiants, 75 fr. ; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr FRANÇOIS LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr MARCEL LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Médaille d'or (médecine). — Concours réservé aux externes en premier de 1938, titularisés. Médaille d'or : M. Royer ; médaille d'argent : M. Nehlil.

Internat en médecine des hôpitaux de Paris. — CONCOURS NORMAL. — Sont nommés internes : 1. MM. J. Auvert (70,5), A. Bourguignon (66), C. Couinaud (63), E. Coffin (62), J. Raynaud (61), J. Pined (61), G. Coffin (61), M. Nicol (60), A. Dujardin (60).

10. M. A. Brillard (60), Mlle H. Morival (58,5), MM. R. Chevret (57,5), J. Denis (57,5), R. Nedey (57,5), P. Rongier (57), P. Nogrette (57), F. Chavelet (56), G. Brochen (56), J. Renard (56).

20. MM. J. Villiaumey (56), J. Teinturier (56), E. Housset (56), H. Wissa-Wassef (55,5), C. Fauré (55), R. Gurly (55), J. Lapresle (55), M. Oury (54,5), J. Nory (54,5), C. Nezeloff (54,5).

30. MM. R. Guerin (54), P. Chevallier (53,5), R. Chambraud (53), Mlle M. Fontaine (53), MM. J. Tuffier (53), Dubois de Montreynaud (53), M. Grivaux (53), L. Quénu (53), J. Michard (53), P. Janny (52,5).

40. MM. G. Ricordeau (52), P. Verdoux (52), P. Rameix (52), A. Buge (52), H. Adam (51,5), E. Foucquier (51,5), R. Legrand (51), P. Cleisz (51), P. Debray (51), H. Cresson (50,5).

50. MM. P. Pineau (50), G. Poinsard (50), C. Lapresle (49,5), J. Rainaut (49,5), Mme Robert, née Benon (49,5), MM. M. Grellet (49), J. Rivron (49), Mlle J. Labesse (49), MM. P Sevin (48,5), G. Pequignot (48,5).

60. MM. D. Œconomos (48), G. Cerbonnet (48), E. Barbet (48), A. Cambessédès (48), Y. Pilven (48), G. Lepercq (48), P. Joly (48), E. Poilpré (48), L. Mariette (47,5), J. Gougeon (47,5).

70. MM. R. Cousin (47,5), Mlle M. Desoutter (47), MM. P. Fouchet (47), F. Missonnier (47), P. Marland (47), O. Le Jeune (47), Mlle S. Renaudin (47), MM. A. Moulonguet (47), C. Fontaine (47), A. Herrault (47).

80. MM. N. Œconomos (47), C. Blatix (47), P. Desvignes (46,5), M. Dumée (46,5).

Externes en premier : 1. MM. P. Carage (46,5), P. Dumery (46,5), J. Tabernat (46,5), H. Solignac (46), J. Lavat (46), J. Lemenager (46), G. Pouchol (46), J. Debray (46), Y. Briant (46).

10. MM. G. Habib (46), B. Ossipovski (46), J. Vallin (46), Mlle Y. Fauvarque (46), MM. P. George (46), J. Meininger (45,5), P Benoît (45,5), M. Pernelle (45,5), A. Baumgart (45,5), J. Auvigne (45,5).

20. MM. P. Sesboué (45,5), H. Lenormand (45), A. Forest (45), P. Martin (45), P. Wallois (45), J. Connault (45), D. Hamel (45), G. Hinaut (45), L. Zadikian (44,5), A. Tequi (44,5).

30. Mlle T. Dupeyron (44,5), MM. L. Choay (44,5), A. Pillot (44,5), R. Potier (44,5), J. Silvestre (44,5), R. Wattebled (44,5), P. Naudin (44), E. Laham (44), J. Bezard (44), R. Robineaux (44).

40. MM. Y. Malinas (44), P. Plessier (44), J. Ziegler (44).

Questions sorties à l'oral. (Voir n°s 13 et
Questions sorties à l'oral. (Voir n° 13 et 14).

1er juillet. — 1re séance : S. évolution et T. du tétanos généralisé. — S. D. et T. de l'inondation péritonéale par rupture de grossesse extrautérine tubaire.

1er juillet. — 2e séance : S. D. et indications thérapeutiques des abcès du poumon. — Panaris du pouce.

3 juillet. — D. des paraplégies spasmodiques à évolution progressive. — Contusions de l'abdomen. D. et T.

5 juillet. — 1re séance : Erythème noueux. S. D. évolution et traitement. — Fractures ouvertes de la jambe. S. complications et T.

5 juillet. — 2e séance : Accidents et évolution de l'hypertension artérielle permanente (sans le traitement). — D. des tumeurs des bourses.

Assistants en médecine. — Le règlement du concours d'assistant en médecine prévoit que les candidats doivent, notamment, justifier de deux des quatre certificats consacrant l'enseignement scientifique institué à la Faculté de médecine.

Etant donné que celle-ci n'a pas repris l'enseignement de ces différents certificats, MM. les candidats sont informés que, à la demande du Syndicat des médecins des hôpitaux, aucun certificat ne sera exigé pour l'inscription au concours normal annuel d'assistant qui doit avoir lieu en décembre 1946.

Assistants en médecine. — 2e CONCOURS SPÉCIAL. — Candidats reçus : MM. Sénécal, Péquignot, Chapuis, Jaïs, Boissière, Schneider, Kreisler, Houdart, Bouygues, Hewitt, Blancard, Paley, Choubrac, Girault, Contamin, Tourneur, Sarrasin, Pichot, Lafourcade, Nebout, Mlle Brille, MM. Gerbaux, Maurice, Pestel, Chadoutaud, Godlewski, Koupernik, Fischgrund, Bouttier, Roujeau, Bory, d'Œlnitz, Auquier, Durand, Scherrer, Paraf, Darnis, Tixier, Roger, Tournier, Isal, Marche, Sicard, Dausset, Perrier, Scebat, Rathery.

Assistants d'obstétrique. — Sont nommés MM. Musset et Jean Léyv.

Gynécologue accoucheur des hôpitaux. — Est nommé M. Robey.

Hôpital Saint-Joseph

Le concours de l'Internat sera ouvert à l'hôpital Saint-Joseph, 7, rue Pierre-Larousse, à Paris (14e), le lundi 14 octobre 1946, pour la nomination de huit internes titulaires, et, s'il y a lieu, d'internes provisoires.

Ne sont admis à concourir que les étudiants en médecine ayant au moins seize

inscriptions et présentant un des titres suivants : externe des hôpitaux de Paris, interne d'une ville de faculté (faculté d'Etat ou faculté catholique), interne d'une école de plein exercice.

Les inscriptions sont reçues à l'hôpital du 15 septembre au 5 octobre inclus.

Pour tous renseignements, s'adresser par écrit à l'administrateur de l'hôpital.

Hôpitaux militaires. — Sont nommés, à la suite des concours de 1946 :

I. Médecin des hôpitaux militaires :

MM. les médecins commandants Camelin (hôp. Desgenettes, à Lyon) ; Duval (à Rennes) ; Mauvais (à Metz) ; Molinier (Val-de-Grâce) ; Pagès (Val-de-Grâce) ; Paraire-Venance (Val-de-Grâce) ; le médecin capitaine Duran (hôp. Desgenettes, à Lyon).

II. Chirurgiens des hôpitaux militaires :

MM. les médecins commandants Bolot (Maroc) ; Boron et Houot (Val-de-Grâce) ; Petchot-Bacqué (hôp. Percy) ; Surmely (à Lille) ; Serny (tr. d'occ. Allemagne).

Hôpitaux de Montpellier

Concours d'internat exceptionnel. — M. Pierre Laval a été nommé interne titulaire. M. Claude Lagarde, externe en premier, a été titularisé d'office (empêché par la guerre de prendre part aux concours précédents).

Concours d'agrégation des facultés de médecine

Un arrêté en date du 10 juillet (J. O., 11 juillet 1946), dispose que la liste des candidats au concours d'agrégation admis au bénéfice des dispositions de l'article 3 du décret du 23 avril 1946 sera établie après avis d'une commission composée ainsi qu'il suit : M. le professeur Charles Richet, président ; MM. les professeurs Robert Debré et Pasteur Vallery-Radot.

Candidats bénéficiaires des dispositions du décret du 23 avril 1946

Voici la nouvelle liste établie après avis de la commission ci-dessus :

MM. Arnulf, Azerad, Balmes, Bargeton, Barry, Baruk, Baumann, J. Bernard, Benezech, Bergouignan, Boltanski, Boudereaux, Boulenger, Bourgeon, Boyer, Breton, Mlle Brosse, MM. Brumpt, Burger, Casanova, Cattan, Caudert, Chardon, Chechan, Christiaens, Coste, Coujard, Courty, Crehange, Crémieux, Cros, Dambrin, Darnaud, Déodat, Desclaux, Deparis, Desmons, Despierres, Djourno, Dreyfus, Estor, Estrade, Fabiani, Fauvert, Fontan, Forster, Froehlich, Frühlins, Garraud, Géraud, Girard, Giraud, Godlewski, Grangaud, Grasset, Graux, Gros, Groult, Guillet, Hamburger, Helluy, Henry, Herbeuval, Heulluy, Huguier, Joyeux, Klotz, Kofman, Laffargue, Lafrance, Lainé, J. Lamy, M. Lamy, Lange, Laplane, Laporte, Lavedan, Lecocq, Lecoulant, Legait, Lena, Lévi-Valensin, J. Lévy, Liaras, Louyot, Manceaux, G. Mayer, M. Mayer, Megnin, Merger, Merklen, Merle d'Aubigné, Metzger, Michaux, Minne, Nègre, C. Olivier, H. Ollivier, Passouant, A. Patoir, G. Patoir, Poilleux, Poinot, Ranc, Raynaud, Revol, Rieunau, Romieu, Ruffié, Sacrez, Schapira, Serafino, Souchon, Soustelle, Stahl, Thiéblot, Traissac, Trillat, Tuchmann, Uhry, Vergoz, Villar, Weil, Winckler, Worms.

(J. O. du 14 juillet 1946.)

Agrégation. Leçon d'une heure

MÉDECINE GÉNÉRALE

20 juillet. — M. Chaptal (Montpellier) : L'atélectasie pulmonaire. — M. Darnaud (Toulouse) : Les œdèmes pulmonaires aigus.

21 juillet. — M. Perrault (Paris) : Les hépatites pigmentaires. — M. Breton (Lille) : Intoxication barbiturique. — M. Vague (Aix-Marseille) : Les kystes aériens du poumon.

23 juillet. — M. Hamburger (Paris) : L'érythème noueux. — M. Maschas (à titre étranger) : Les migraines. — M. Bonhoure (Toulouse) : Les infantilismes. — M. Barral (Lyon) : La maladie sérique. — M. Boulenger (Kaboul) : Les formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

22 juillet. — M. Letac (Kaboul) : Traitement chirurgical du diabète sucré. — M. Merle d'Aubigné (Paris) : Le cancer thyroïdien. — M. Cahuzac (Toulouse) ; Anévrismes cirsoïdes. — M. Vergoz (Alger) : Indications et résultats de la surrénalectomie. — M. Roux (Paris) : Complications tardives des brûlures.

(A suivre.)

Nominations. — Un certain nombre de sections ont déjà terminé. Voici les premiers résultats. Sont nommés :

PÉDIATRIE : MM. Julien Marie et Laplane (Paris), M. Sacrez (Strasbourg).

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE : M. Degos (Paris), M. Le Coulant (Bordeaux).

BACTÉRIOLOGIE : M. Fasquelle (Paris), M. Fabiani (Alger).

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE : M. Pierre Merklen (Paris).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : M. Guichard (Lyon), M. Laffargue (Alger).

OBSTÉTRIQUE : MM. Varangot et Mayer (Paris), M. Brochier (Lyon), MM. Ginglinger et Burger (Strasbourg).

PHYSIOLOGIE : MM. Bargeton (Paris), Loubatières (Montpellier), Parrot (Paris) et Chardon (Alger).

MÉDECINE LÉGALE : MM. Christiaens (Lille), Bourret (Lyon).

O. R. L. : M. Aubin (Paris). Limoges).

Faculté de Médecine de Paris

Election du doyen. — Le Conseil a élu M. le professeur Léon Binet, doyen de la Faculté, à compter du 1er octobre 1946 (date de la retraite de M. le doyen Baudouin). M. le professeur Verne a été élu assesseur.

Nomination

M. Lavier, professeur de 1re classe à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lille, est nommé, à compter du 1er janvier 1946, dans la chaire de pathologie exotique créée à la Faculté de Médecine de l'Université de Paris (J. O., 20 juillet 1946.)

Retraite. — MM. les professeurs Baudoin, Rouvière et Lemierre, atteints par la limite d'âge, sont admis, par un arrêté du 18 juillet 1946, à faire valoir leurs droits à la retraite à dater du 1er octobre 1946.

Renseignements

Polyclinique 20 lits. Immeuble luxueux. Grande ville Est. Accoucheur cherche association avec 800.000. Offre convient à spécialiste, sage-femme, ou même para-médicaux. Urgent. Bureaux du Journal.

Ville de Marseille

Trois concours seront ouverts à la mairie de Marseille :

1° Le 17 septembre 1946 pour deux places de médecins inspecteurs des écoles.

Conditions : Etre docteur en médecine, Français, avoir moins de 40 ans à la date du concours (date reculée d'un an par enfant à charge et pour service militaire).

Date limite d'inscription : 20 août 1946.

2° Le 17 septembre 1946 pour une place d'infirmière en chef de l'Inspection médicale des écoles.

Conditions : Diplôme d'Etat d'infirmière française, âgée de 30 ans au moins et de 40 ans au plus. Justifier d'un minimum de trois ans dans un service public d'Inspection des écoles.

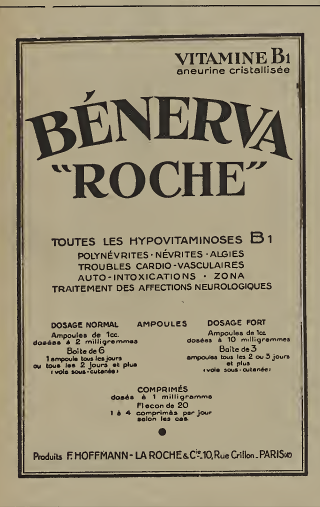
Date limite d'inscription : 20 août 1946.

3° Le 7 octobre 1946 pour une place de médecin chef de laboratoire municipal de chimie biologique.

Conditions : Les mêmes que pour les médecins inspecteurs des écoles. Les candidats doivent, en outre, justifier de leurs connaissances en matière de chimie biologique et d'hygiène alimentaire.

Date limite d'inscription : 7 septembre 1946.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la mairie (service des Examens et Concours).


VITAMINE B1
aneurine cristallisée
BÉNERVA
"ROCHE"
TOUTES LES HYPOVITAMINOSES B1
POLYNÉVRITES · NÉVRITES · ALGIES
TROUBLES CARDIO-VASCULAIRES
AUTO-INTOXICATIONS · ZONA
TRAITEMENT DES AFFECTIONS NEUROLOGIQUES
DOSAGE NORMAL
AMPOULES
DOSAGE FORT
Ampoules de 1cc. dosées à 2 milligrammes
Boite de 6
1 ampoule tous les jours ou tous les 2 jours et plus (voie sous-cutanée)
Ampoules de 1cc. dosées à 10 milligrammes
Boite de 3
ampoules tous les 2 ou 3 jours et plus (voie sous-cutanée)
COMPRIMÉS
dosés à 1 milligramme
Flacon de 20
1 à 4 comprimés par jour selon les cas.
Produits F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie 10, Rue Crillon _ PARIS (4)


COLLARGOPHÉDRINE
HÉPAVITA · BIODARCINE
SOLUPHÉDRINE
MINERVOL · AURIXÉMA
STRONGÉNOL
ÉPHÉDROCURE
CALYPTOPHÉDRYL
COLLUCROMEX
AÉROCOLYL
ANTALGYL
PANSMACOL
LÉNISÉRUM
AMPHOSTABYL
Laboratoires
M. DE RIVE
Direction et Services Commerciaux
11 bis et 13, Rue Levert
PARIS-20e

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE. ASSISTANTS INTERNES ET EXTERNES

(JUILLET 1946)

LISTE DES HOPITAUX *(Pour la liste d'un hôpital se reporter à l'initiale indiquée)*

Ambroise-Paré (Boileau)	O	Debrousse	AU	Necker	D
Antoine-Chantin	AM	Enfants-Malades	E	Neuilly	AO
Baudelocque	S	Garches (R.-Poincaré)	AJ	Pitié	B
Beaujon-Clichy	G	Hérold	X	Salpêtrière	AB
Bicêtre	AA	Hôtel-Dieu	A	Sainte-Anne	AL
Bichat	K	Ivry	AC	Saint-Antoine	C
Boucicaut	M	Laënnec	J	Saint-Louis	P
Bretonneau	W	Lariboisière	H	Saint-Vincent-de-Paul (ex-Enfants-Assistés)	Z
Brévannes	AP	La Rochefoucauld	AE	Suresnes	AK
Broca	Q	Léopold-Bellan	AQ	Tarnier	T
Broussais-La Charité	L	Maison Municipale de Santé	Y	Tenon	I
Chardon-Lagache	AG	Manin	AN	Trousseau	V
Claude-Bernard	U	Marmottan	AI	Vaugirard	N
Cochin	F	Maternité	R		
		Ménages (Corentin-Celton)	AD		

A. — HOTEL-DIEU. — 1. Médecin : Professeur Henri Bénard.
Assistant : M. Rambert.
Chefs de clinique : MM. Albahary, Trémolières, Gorry-Lafont, Demassieux.
Internes : MM. Dausset, Canivet ; externes : MM. Welfling, (Pierre), Mathieu (François), Détrié, Milanolo, Flandre, Fonquernie, Egger, Bouttier, Lefèvre (Jacques), Lernout, Bénard (Jacques), Cahn, Ulmann.

2. Médecin : M. Garcin.
Assistant : M. Kipfer.
Internes : MM. Boulard, Lecointe ; externes : MM. Richard (Claude, André), Jabert, Brodin, Tiret (Mce), Lataste, Ricordeau, Avakiantz, Rettori (René).

3. Médecin : M. Lambling.
Assistant : M. Soullard.
Internes : MM. Durand, Alloiteau ; externes : MM. Heymans (Georges), Maret (Robert), Mme Prochiantz, Lan, Lassablière, Sourdat, Gillet (Jean-Michel), Forest, Colonna.

4. Médecin : M. Nicaud.
Assistant : M. Laffitte.
Internes : MM. Dubel, Guéraud ; externes : MM. Jarry, Dorenlot, Thoreux. Fossard (Jacques), Mlle Jouy, Etienne (M.), Duruflé.

5. Médecin : M. Bariéty.
Assistants : MM. Lesobre, Hanaut, Paillas.
Internes : MM. Boissière, Bilski-Pasquier ; externes : MM. Oury (Michel), Hermann (Paul), Chevance, Carayon (Jean), Ranty (Jean), Serfati.
Centre de triage. — Médecin : M. Bariéty.
Externes : MM. Duparc, Savoie.

6. Chirurgien : M. le professeur Brocq.
Chefs de clinique : MM. Cotillon, Nordmann, Azoulay, Bonvallet, Streusand.
Assistants : MM. Gosset, Rudler.
Internes : MM. Frileux, Chatelin, Liénard, Butet ; externes : MM. Wolff (Jean-Pierre), Coronel, Riet, Berthelot, Naudon, Pesnel (Guy), Guerc, Triboulet (Jean), Costel (Maurice), Le Mevel (Yves), Crussol (Jacques), Ghinsberg (Jacques), Mme Hulot, née Bentz, MM. Scheffer (Yves), Springer (Alfred), Nora (Jean).

7. Accoucheur : M. Cleisz.
Assistant : M. Bret.
Interne : M. Lemaire (Marcel) ; externes : MM. Hennequet, Ruaud, Clément (Jean), Godin (Lucien), Fouquet (Louis), Hovasse.

8. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. le professeur Velter.
Assistants : MM. Desvignes, Tinholtz, Joseph, Moussette.
Chefs de clinique : MM. Boudon, Blancart.
Internes : Mme Pujol, M. Polliot ; externes : MM. Rozet, Bousquet (Guy), Placet (Louis), Mlle Tisné, MM. Vignéras (Albert), Leconte des Floris (Robert), Leveau (Jacques).

9. Consultation de médecine. — Médecin : M. Albeaux-Fernet.
Assistant : M. Lajouanine.
Interne : M. Berger ; externes : MM. Gaussen, Casati, Dazelle, Debray (J.).

10. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Poilleux.
Externes : MM. Larrieu, Lévy (Pierre), Quennevat (J.-Claude).

11. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Raison.
Assistants : MM. Lambert, Bataille.
Externes : MM. Dioudonnat, Antoine.

12. Electro-radiologie. — Chef du service central : M. Lagarenne.

13. Hydro-thermothérapie. — Chef : M. Joly.
Assistant : M. Berthail.
Interne : M. Oeconomos (Doros), (ext. ffon) ; externes : Mme Servier, MM. Petitjean, Jay (Maurice).
Centre des tumeurs. — M. le professeur Brocq.
Interne : M. Laham (Jean), (ext. ffon).

B. — PITIE. — 1. Médecin : M. le professeur Chabrol.
Assistant : M. Sallet.
Chefs de clinique : MM. Blanchon, Giraud, Barré.
Interne : M. Bergeron ; externes : Guillaume (Jean), Clavreul, Chambionnat, Gesp, Lebarbé, Martin (Michel), Ramade.

2. Médecin : M. Richet.
Assistants : MM. Rymer, Meyer-Heimé.
Internes : MM. Delbarre, Duhamel ; externes : M. Lambert (Vital), Mlle Doucin, MM. Colvez (Pierre), Claude (André), Fleuriot, Niquet, Ramon (Jean), Foix.

3. Médecin : M. le Professeur Clovis Vincent.
Assistants : MM. Thiébaut, Le Beau.
Chefs de clinique : MM. Guiot, Feld, Fénelon.
Internes : MM. Houdart (Raymond), Sicard, Bourguet, Taptas ; externes : MM. Sénèze, de Seguin des Hons, Gaches, Cathala (Henri), Millon (Robert), Mlle Pagézy, M. Angelergues (René).

4. Chirurgien : M. Desplas.
Assistant : M. Chevalier.
Internes : MM. Mselati, Forgeois, Pellot, Tola ; externes : MM. Chalon, Ennouchi, Burtin, Saglier, Sauvageot, Weil (Bernard), Pourchez (Jean), Rouimi (Georges).

5. Chirurgien : M. Huet.
Assistant : M. Huguier.
Internes : MM. Prévost (Henri), Lallemand (Jean), Jacquemin (Jean) ; externes : MM. Lepoivre (René), Mercier (Robert), Robin (Jacques), Couctoux du Tertre, Calenge (Georges), Housset (Pierre), Bonnet (Georges), Egler (Rolph).

6. Accoucheur : M. Sureau.
Assistant : M. Job.
Internes : MM. Félisaz, Le Foll ; externes : MM. Castel, Godet, Nory, Hueber, Sebaux.

7. Ophtalmologiste : M. Dollfus.
Assistant : M. Mathieu (Claude).

Interne : M. Deschamps ; externes : MM. Alby, Delaporte (Jean).
8. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Dechaume.
Assistants : Mme Chaput, M. Boisseau.
Externes : MM. Chevallier, Mugnier.
9. Electro-radiologie. — M. Thoyer-Rozat.
Assistants : MM. Fischgold, Flouriot.
Interne : Mlle Jacquemin (ext. ffon) ; externes : MM. Prot (Daniel), Prevel.

C. — SAINT-ANTOINE. — 1. Médecin : M. le Professeur Loeper.
Assistant : M. Varay.
Chefs de clinique : MM. Courjaret, Davy, Deslandes.
Internes : Mme Boreau, M. Sterboul ; externes : Mlle Mallet, M. Elie, Mme Langeard, MM. Steimlé, Goldstein, Lévy (Claude), de Rivière.
2. Médecin : M. Boulin.
Assistant : M. Uhry.
Internes : MM. Périer, Mauriee ; externes : M. Thierrart ; Mlle Perrin, MM. Holzer, Parrot, Mlle Lefebvre, M. Maurin.
3. Médecin : M. Mathieu Pierre-Weil.
Assistante : Mlle Montalant.
Internes : Mlle Le Goff, M. Doumie ; externes : MM. Fraquet, Sichère, Briant, Cavagna, Rémond (André), Baron (Jacques).
4. Médecin : M. Mouquin.
Assistant : M. Maerez.
Internes : MM. Feffer, Boeswillwald. ; externes : MM. Vidal, Faugeron, Hébert, Sapin (Guy), Tiriau, Levêque (Claude).
5. Médecin : M. Jacob.
Assistants : Mlle Seherrer, M. Jais.
Interne : Mlle Dupeyron ; externes : MM. Bonetti, Néxlès (Gilbert), Mlle Willaine (Annick), MM. Guillemaut (Jacques), Morinet (Pierre).
6. Centre de triage. — Médecin : M. Jacob.
Assistants : Mme Cans, M. Fourès.
Externes : Mlle Duchateau, MM. Desjardins (Etienne), Aubert (Jean), Trancart (Philippe), Combes (André).
7. Médecin : M. Caroli.
Internes : MM. Combet (Jean-Louis), Dreyfus ; externes : MM. Deschamps, Dispan de Floran, Bonnet (Gilbert), Mlle Mattei, Lefort (Rob.), Jardin.
8. Médecin : M. Decourt.
Assistant : M. Guillemin.
Internes : MM. Bouttier, Tourneur ; externes : MM. Berthelin, Fockeu, Saloff, Bourguignon (P.), Viard (Jean), Vincent (J.-P.), Pédrono.
9. Chirurgien : M. le professeur Cadenat.
Assistant : M. Monsaingeon.
Chefs de elinique : MM. Devimeux, Legendre.
Internes : MM. Toupet, Torre, Boreau ; externes : MM. Lidvac, Schrub, Dufau (Jacques), Leroy (Claude), Barbier (Charles), Roy (Gérard), Borde (Jacques), Nenna (André).
10. Chirurgien : M. Bergeret.
Assistant : M. Hepp.
Internes : MM. Hertz, Mercadier, Koskas ; externes : MM. Sausy (Jean), Moles (André), Simonet, Lévitan, Salomon (André), Woringer (Georges), Ovazza (Max).
11. Accoucheur : M. Lacomme.
Assistant : M. Weill.
Internes : MM. Caplier, L'Hénoret ; externes : MM. Leray, Anglade, Maguer, Mlle Audic, M. Doll.
12. Oto-rhino-laryngologie. — M. Halphen.
Assistants : MM. Bérard, Jourdan, Salomon, Buneau.
Interne : M. Hérard (Jean) ; externes : MM. Paillard (Pierre), Bonnet (René), Lequin (Jacques), Sterboul, Bonparis (Alain).
13. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Favory.
Assistants : Mme Braum, MM. Vallon, Pilou, Decorps.
Interne : M. Flavigny ; externes : M. Fouchet, Mlles Hausslein. Guyon, M. Valton (Marecl).
14. Consultation de médecine. — M. Albot.
Assistant : M. Blanchon.
Interne : M. Berthet ; externes : Mlle Tancrède, MM. Cauche (Roger), Gandon (Joseph), Mlle Bouton, M. Costalat, Mlle Lévy-Valensi, MM. Aboulker (José), Lyon (Gilles).
15. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Thibaut.
Assistants : MM. Parent, Corbeil.
Externes : MM. Gottfried (Albert), Martelli.
16. Consultation de chirurgie. — M. Küss.
Assistant : M. Roulland.
Externes : MM. Gimbert, Aronoviez, Bataille, Grolier.
17. Electro-radiologie. — M. Porcher.
Assistant : M. Vigneron.
Interne : M. L'Hirondel ; externes : M. Sigaléa, Mlle Fauvarque, M. Cousin.
18. Transfusion sanguine. — M. Tzanck.
Externes : M. Alluaume, Mlles Bourboulon, Jacquet (Odile), MM. Gérard (Raymond), Aschheim (Pierre), Leboue (Roland), Faraggi.

D. — NECKER. — 1. Médecin : M. Jacquelin.
Assistant : M. Maeé de Lépinay.
Interne : M. Michon (Lucien) ; externes : Frauscher, Illemand, Cohen-Scali, Guyot (André), Bruneau.
2. Médecin : M. Brodin.
Assistant : M. Aubin.
Interne : M. Dubrisay ; externes : Mlle Nasse, MM. Arsae, Legraverend, Beucher (Max).
3. Médecin : M. Binet.
Assistant : M. Bour.
Interne : M. Tubiana ; externes : MM. Prévost (François), Cendron (Jean), Bucaille (Dominique), Vivier, Denoël.
4. Médecin : M. Debray.
Assistante : Mlle Provendier.
Interne : M. Rousseau ; externes : MM. Thuillez, Pinchon, Vaquier, Franquet.
5. Chirurgien : M. Jean Berger.
Assistant : M. Mialaret.
Internes : MM. Vincens, Dubray-Vautrin, Lavarde ; externes : MM. Petel (Claude), Chardin (Bernard), Mlle Gobet, MM. Roy (Jean), Bassot (Jacques), Chazouillères (René), Laurent.
6. Chirurgien : M. Gouverneur.
Assistants : MM. Dufour, Giard, Jaupitre.
Internes : MM. Wetterwald, Maigne, Pujol (Mauriee) ; externes : Finkelstein (Jacques), Pistchalsky, Hincky (Mare), Galoisy (Pierre), Bienaymé (Jean), Duwoos, Roos (Remy), Bodin (Hervé), Grandperrin (Jean).
7. Consultation de médecine. — Médecin : M. Poumailloux.
Assistant : M. Tétreau.
Interne : M. Grobon (ext. ffon) ; externes : MM. Lécuyer (Roland), Chaouat, Mlle Levyne.
8. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Küss.
Assistant : M. Fayot.
Externes : MM. Greninger (Georges), Meignan.
9. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Gornouec.
Assistants : MM. Lepoivre, Malingre.
Externes : M. Vergoz (Louis), N...
10. Electro-radiologie. — M. Gilson.
Assistant : M. Villebrun.
Externes : MM. Schweich, Bonnet (Dominique).
11. Centre des tumeurs : M. Jean Berger.
Assistants : MM. Mion, Loiseau.
Interne : M. Ferbos.

E. — ENFANTS-MALADES. — 1. Médecin : M. le professeur Debré.
Assistant : M. Thieffry.
Chefs de elinique : MM. Brissaud, Lévy-Michel, Kaplan, Minkowsky, Mlle Grumbach.
Internes : MM. Duhamel (Gérard), Sclafer ; externes : MM. Guillet, Nivault, Denis (Antoine), Ramon (Jean), Coupé, Brillault, Mme Carayon, Mlle Courtois, M. Oudin, Mlle Descola, M. Coutel (Yves), Corcos, Mlle Albert, MM. Tobé, Molho.
2. Service temporaire de poliomyélite. — M. le professeur Debré.
Interne : M. Dailly ; externes : MM. Leproux, Héraud, Potier, Brokser, Mlle Venès.
3. Médecin : M. Chevalley.
Assistant : M. Le Loc'h.
Interne : M. Gosset (Jean) ; externes : MM. Descourtis, Boujon, Niquet, Joly, Mlle Colomès.
4. Crèche ancienne et nouvelle : M. Chevalley.
Interne : M. Kreisler.
5. Médecin : M. Huber.
Assistant : M. Florand.
Interne : M. Mendelsohn ; externes : MM. Hindermeyer, Habib, Galy, Lernout, Sourdille, Marchand (J.).
6. Médecin : M. Lamy.
Assistantes : Mlles Jammet et Pauliac.
Internes : MM. Ancelin, Amado ; externes : MM. Tavernier (Claude), Nezeloff, Lehodey, Chapuis (Gérard), Bouteille, Roger (Pierre), Mme Cotlenko, M. Dugourd, Mlle Desbordes, M. Roussel (Albert).

7. Centre de vaccination antidiphtérique : M. Lafaille.
Externe : M. Coquard.

8. Médecin : M. Heuyer.
Assistante : Mme Dauphin.
Interne : M. Lebovici ; externes : Mlles Foisy, Larmoyez, M. Bargues, Mlles Cercus, Plisson, Mme Hatt, Mlle Issarte, M. Archambault.

9. Chirurgien. — M. le professeur Leveuf.
Assistants : MM. Laurence, Mallet.
Chefs de clinique : MM. Staub, Duhamel, Prochiantz.
Internes : MM. Boudot, Couade ; externes : MM. Giscard (Robert), Lagrue (Gilbert), Escourolle, Berge, Bretagne, Gonnet, Schœller, Testard, Brunissen, Marty, Couzinet.

10. Service médical d'Antony. — M. le professeur Leveuf.
Interne : M. Bernard ; externes : MM. Ackermann (René), Foisy (Raymond).

11. Oto-rhino-laryngologie. — Oto-rhino-laryngologiste : M. André Bloch.
Assistants : MM. Zhâ, Calmanas, Aboulker, Devaux, Arnaud, Delormeau.
Interne : M. Lallemant (Yves) ; externes : MM. Barthélémy (Pierre), Porte, Coudert, Chavelet, Segaud, Delalande, Mayer (Bernard), Choay, Martinetti, Leroux.

12. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Monbrun.
Assistants : MM. Jourdy, Le Nail, Morax, Deschamps, Pavy.
Interne : M. Lavat ; externes : M. Levé, Mlles Eisné, Péras, MM. Desproges, Gotteron.

13. Consultation de médecine. — M. Kaplan.
Assistant : M. Bernard.
Interne : M. Toulet ; externes : MM. Gadrat, Peumery, Weil (Paul), Guillaumin, Solignac.

14. Sélection. — M. Kaplan.
Interne : M. Strauss.

15. Electro-radiologie. — M. Beau.
Assistants : MM. Chevillon, Saintot.
Externes : MM. Falliès, Fauré.

F. — COCHIN. — 1. Médecin : M. le Prof. Harvier.
Assistant : M. Claisse (Robert).
Chefs de clinique : MM. Bach, Loeper, Bonduelle, Tricot.
Internes : MM. Pestel, Couder, Caldier, Hussamedin ; externes : MM. Monghal, Raclot, Mlle Rozanès, M. Claoué, Mlle Hel, MM. Lefebvre, Têtu, Fandre, Forès, Roisin, Fayet, Jabouille, Massip, Solignac, Mme Troisier, M. Goldchmitt.

2. Médecin : M. Etienne Bernard.
[*A dater du 1er septembre 1946, M. le professeur Etienne Bernard prendra le service de clinique de la tuberculose à l'hôpital Laënnec.*]
Assistants : M. Cros-Decam, Mlle Lotte, MM. Kreis, Weill.
Interne : M. Bertagna ; externes : MM. Caramanian, Roux (Albert), Chatriot, de Léobardy, Martin (Pierre), Ledoux (Claude).

3. Service du dispensaire : M. Etienne Bernard.
Interne : M. Laurent ; externes : MM. Le Joubioux (Etienne), Boudot (Jean), Clainville-Bloncourt, Lunel (Jacques).

4. Service des tuberculeux : M. Etienne Bernard.
Interne : M. Pigeon ; externes : Mlle Vignier (Christiane), MM. Sureau (Pierre), Lelord.

5. Tuberculeux (femmes) :
Externes : MM. Cabanes (Jean), Rudelle (Joseph).

6. Médecin : M. Coste.
Assistants : MM. Marceron, Boyer.
Internes : MM. Mouzon, Girauld ; externes : MM. Ferreux, Bertrand (Jean), Thibault, Mireur, Clamagiraud, Lecœur (Jacques), Lenormand (Claude), Baugel.

7. Chirurgien : M. le professeur Quénu.
Assistant : M. Lascaux.
Chefs de clinique : MM. Jousserhet, Aurégan, Delatour.
Internes : MM. Vaysse, Kropff, Hervet, Poirier, Lelièvre ; externes : Mlle Gentilo, MM. Maurer, Dupoux, Dupuis (Michel), Wiel (Rodolphe), Glaser (Jean), Ferdmann (Maurice), Bonodeau, Kaminzer (Fernand), Rosinger, Trémoulet, Reverdito, Mlle Hatzfeld, MM. Barrès, Morvan, Duvernay.

8. Chirurgien : M. le professeur Fey.
Assistant : MM. Dossot et R. Küss.
Chefs de clinique : MM. Barbier, René, Kérusoré.
Internes : MM. Lolmède, Perrotin, Mayaud, Garrigues ; externes : Mme de Mazarin, MM. Gatineau, Gurly, Troksbétriger, Isselin, Vanderpooten, Roux (Jacques), Gabail.

9. Chirurgien : M. le professeur Mathieu.
Assistants : MM. Padovani, Lance.
Chefs de clinique : MM. Mouton, Lartigue.
Internes : MM. Weber, Mouret ; externes : MM. Desprairies, Degrange, Touzin de Martignac, Moreau (Serge), Boussagol (Claude), Namin (Pierre), Binet (Michel).

10. Consultation de médecine : Médecin : M. Schwob.
Assistant : M. Weill.
Interne : M. Bonfils ; externes : Mme Fourment, MM. Wattebled, Pollet (Jean), Castillon du Perron.

11. Consultation d'ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Voisin.
Assistant : M. Barras.
Externes : MM. Manigand (Georges), Daban (Michel).

12. Electro-radiologie : M. Darriaux.
Assistant : M. Maman.
Interne : M. Monié : externe : M. Pouliquen (Louis).

13. Oto-rhino-laryngologie : M. Louis Leroux.
Assistants : MM. Galland, Meunier.
Interne : M. de Ponton d'Améeourt ; externes : MM. Millard, Guéry (Jacques), Préau, Chevallier, Vallée (Gabriel).

14. Stomatologie. — Stomatologistes : MM. Lattès, Vrasse.
Assistant : M. Cabrol.
Externes : MM. Vaysse, Culioli (René).

G. — BEAUJON-CLICHY. — 1. Médecin : Mme Bertrand-Fontaine.
Assistant : M. Goutner.
Internes : Mlle Noufflard, Mme Pillet ; externes : MM. Dionis du Séjour, Hellouin de Ménibus, Gillot, Clavel (Bertrand), Peyron, Lévy (Jean-Louis).

2. Médecin : M. Azérad.
Interne : M. Dubois (Jacques) ; externes : MM. Seibel (Henri), Michelin (Roger), Bitker, Benda, Weill (Jean-Charles).

3. Médecin : M. Ravina.
Assistant : M. Pêcher.
Interne : M. Perraudin ; externes : Mlle Bordeaux des Barres, MM. Katz, Clavel (Yves), Théron, Mollaret.

4. Médecin : M. Weissmann-Netter.
Assistant : M. Lévy (Robert).
Interne : M. Bouffard ; externes : MM. George (Louis-André), Guillard, Weisenzang (Paul), Klotz (Pierre), Adda.

5. Médecin : M. Benda.
Assistants : MM. Orinstein, Franchel, Mlles Aubin, Lécuyer.
Internes : MM. Cartier, Galby ; externes : MM. Estager, Tremblay (Yves), Dressler (Henri), Kohn (Jean), Mathé (Paul), Léeuyer (Georges), Grasset, Mlle Bourrillon, M. Lévy-Leboyer.

6. Chirurgien : M. A. Sicard.
Assistant : M. Dufourmentel.
Internes : MM. Faurel, Masse (Paul), Bruezière ; externes : MM. Aumaître (Jean), Le Bail (Jean), Dupin (Henri), Graveleau (Daniel), Guillemin (Pierre), Murat (Jean), Marmas, Polony.

7. Chirurgien : M. Sylvain Blondin.
Assistant : M. Claude Rouvillois.
Internes : MM. Guimezanes, Viollet, Lecasble ; externes : MM. Ecalle, Sabatier, Berger, Laporte, Halphen, Sellier, Wisner, Azerad.

8. Oto-rhino-laryngologie : M. Aubin.
Interne : M. Hiverlet ; externes : MM. Demazure, Champagne, Roberti, Delahousse.

9. — Accoucheur : M. Desnoyers.
Assistants : Mme Fayot-Petitmaire.
Internes : Mlle Chevallier, M. Chirié ; externes : MM. Berhaut, Laburthe-Tolra-Guillet (André), Jeulin, Mme Lenormand.

10. Consultation de médecine. — Médecin : M. Cachera.
Assistant : M. Lamotte.
Interne : M. Piquet ; externes : MM. Petitjean, Moigneteau, Troisier, Bouchard, Mlle Chapu.

11. Electro-radiologie : M. Stuhl.
Assistant : M. Fournié.
Externes : M. Lubetzki, Mlle Pourdieu, M. Triadou.

12. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Gérard-Maurel.
Assistants : MM. Ménard, Laroche.
Externe : M. Guitard.

H. — LARIBOISIERE. — 1. Médecin : M. Soulié.
Assistant : M. Bouvrain.
Internes : MM. Dessertenne, Godlewski (Stanislas) ; externes : MM. Chartier, Martinat, Couvreur, Mordret, Montouchet, Lévêque, Richard (Claude), Ribierre, Bonniot de Ruisselet, Mlle Dehlay, MM. Lartizien, Fossier (Jean), Jacquemart (Michel).

2. Médecin : M. de Sèze.
Assistant : M. Lichtwitz.
Internes : MM. Robin, Chevrolle ; externes : MM. Gresland,

Pernelle, Giraud (Gabriel), Lo Jacono, Lebas (Jean), Passelecq, Clément, Camous.

3. Médecin : M. Lenègre.
Assistant : M. Mathivat.
Internes : MM. Coblentz, Richard, Renault, Gerbaux ; externes : MM. Chatonet, Fabre (Jean), Porte, Caine (Jean-Claude), Lemercier, Ducrohet, Barbe (Pierre), Mlle Jeanne, M. Coullaud, Mlle Fouchier, MM. Puyo, Solamito.

4. Médecin : M. Worms.
Assistante : Mme Weill-Heulot.
Internes : Mmes Masse, Bernard, née Kahn-Brücker ; externes : MM. Lebrun, Djindjian, Bretin, Deschênes, Castaing, Moreau.

5. Médecin : M. Perrault.
Assistant : M. Bouvier.
Interne : M. Suquet ; externes : MM. Brochen, Basset, Brugnon, Mlle Saloff, M. Collot (Francis), Mlle Frey, MM. Girard (Jacques), Guyard.

6. Médecin : M. Derot.
Assistant : M. Tanret.
Interne : M. Hervy ; externes : Mme Lande, MM. Guégen (Jean), Charles, David (Jean), Godin, Poncet.

7. Chirurgien : M. Michon.
Assistant : M. Delinotte.
Internes : MM. Chapelet, Braillon, Quéneau ; externes : MM. Brochériou, Perrion, Guignard (J.), Sauze (L.), Colas-Belcour, Guilleminot (R.), Collette (R.), Guerbert, Gauchez.

8. Chirurgien : M. Leibovici.
Assistants : MM. Calvet, Rachelsberg.
Internes : MMM.. Lichnewsky, Lang, Weyl-Aubert ; externes : MM. Hallez, Mamber, Mlle Lévy (Jacqueline), MM. Guibourg, Coiquil, Mlle Lehmann (Claire), M. Blanc (Aimé).

9. Chirurgien : M. Ménégaux.
Assistant : M. Pergola.
Internes : MM. Solal, Maurin, Giraud (Rob.) ; externes : MM. Portier, Barat, Daussy, Rigault, Bastard, Morel, Cottenot.

10. Chirurgien : M. Funck-Brentano.
Assistant : MM. Boudreaux, Martinet.
Internes : MM. Jouve, Hourtoulle, Robert (Henry) ; externes - MM. Girauld (Maurice), Lépine (Jacques), Guedeney, Dazzi, de Thomasson, Chatelain, Deuquet, Degand, Miroux (Michel).

11. Accoucheur : M. Ravina.
Assistant : M. Jamain.
Internes : MM. Klein, Pisani, (ext. ffon) ; externes : MM. Natali, Guegan (Fr.), Fabre (Jean-Ch.), Hamard, Margulès, Mlle Guillermon, Mlle Segard, Deroide, Gaultier (Paul).

12. Oto-rhino-laryngologie. — Oto-rhino-laryngologiste : M. le Prof. Lemaître.
Assistant : MM. Gaston, Moulin.
Chefs de clinique : MM. Joinville, Gouiric, Hoffmann, Joublin.
Internes : MM. Hans, Mercier ; externes : MM. Gaillard, Bertran (Jean), Poirier, Maître, Nataf, Beauchef (Michel), Goddé.

13. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Hartmann.
Assistants : MM. Miran, Deschamps, Rossano.
Interne : M. Ardouin ; externes : Mlle Charron, MM. Baudoin, Gastard, Girouelle, Mlle Barniaud.

14. Consultation de médecine. — M. Bousser.
Assistant : Mlle Huguet.
Interne : M. Combet (Jean-Albert) ; externes : MM. Lefranc, Bailly (Pierre), Duval (Marius), Bouchard, Garbay.

15. Consultation de chirurgie. — M. Longuet.
Assistant : M. Saks.
Externes : MM. Coulon, Carette, Schambacher.

16. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Vilenski.
Assistants : MM. Hennion, Bara.
Externes : N... N...

17. Electro-radiologie. — M. Marchand.
Chef adjoint : M. Djian.
Assistant : M. Humbert.
Externes : MM. Lewisch, Gaultier, Biehler, Cozanet.

I. — TENON. — 1. Médecin : M. le professeur Lian.
Assistant : M. Welti (J.-J.).
Chefs de clinique : MM. Weil, Danset, Le Brigand, Callerot.
Internes : MM. Sarrazin, Mantoux ; externes : MM. Séjournet, Zérolo, Boucher, Damoiseau, David (Noël).

2. Médecin : M. Hillemand.
Assistant : M. Viguié.
Internes : MM. Sors, Hartmann (Lucien) ; externes : MM. Fritel, Chevalley, Lamare, Chabrol, David (Georges), Burckel, Poitrinal, Durand.

3. Médecin : M. Cattan.
Assistant : M. Frumusan.
Interne : M. Attal ; externes : MM. Vivier, Seriès, Wisner, Legouté, Marie (Jacques), Boulakia, Nahum (Aron).

4. Médecin : M. May.
Assistants : MM. Ollivier, Bloch (Michel).
Internes : M. Tournier, Mme Poncet ; externes : Mlle Miriel ; MM. Tréboute, Gourio, Pellerin (Denys), Barcelo, Serra, Hoppeler, Samson.

5. Médecin : M. Marchal.
Assistant : M. Inbona.
Interne : M. Mignot (André) ; externes : MM. Coudeyras, Briant (J.-J.), Traullé, Margo, Billaudet, Chaminade.

6. Médecin : M. Carrié.
Assistant : M. Catinat.
Interne : M. Borniche ; externes : MM. Crosnier, Ségalen, Bricou, Lefèvre (Paul).

7. Médecin : M. Even.
Assistants : MM. Damon, Lecœur, Vibert, Bucquoy.
Internes : MM. Isorni, Bonnette ; externes : Mlle Trommelen ; MM. Crépatte, Graffin, Mlle Garcia-Ramon, MM. Casanova, Delattre, Buisson, Harl, Ficheux, Billet, Delaunay, Héron, Dauzier.

8. Médecin : M. Rachet.
Assistant : M. Busson.
Interne : M. Choubrac ; externes : MM. Séguinot, Vernes (Marcel), Cornet, Tardieu, Challe, Thiollet, Fontaine.

9. Chirurgien : M. Houdard.
Assistant : M. Judet (Robert).
Internes : MM. Denizet, Renault, Morer ; externes : MM. Ropars, Jallut, Cauchois, Mory, Lepoivre (Jacques), Maire, Blondeau, Dourdon.

10. Chirurgien : M. Maurer.
Assistants : MM. Mathey, Le Brigand, Rolland.
Internes : MM. Merlier, Stéfani, Galey ; externes : MM. Millner, Clais, Hulot, Blondeau, Belpomme, Depommier, Manteau, Pouch.

11. Chirurgien : M. Moulonguet.
Assistants : MM. Baumann, Verne.
Internes : MM. Loygue, Woimant (Georges), Houdard (Cl.) ; externes : MM. Parnaud, Pette, Rondot, Ter-Davtiam, Bourigault, Merot, Schlicklin, Reitzer.

12. Accoucheur : M. Lepage.
Assistant : X...
Internes : MM. Tarnat (ext. ffon), Gueguen (Jean) (ext. ffon) ; externes : MM. Herbert, Guéguen (Yannic), Lesné, Mlle Chenard, M. Lecomte (Cl.).

13. Oto-rhino-laryngologie. — M. Chatellier.
Assistants : MM. André, Constant, François.
Internes : MM. Sénéchal, Palfer-Sollier ; externes : MM. Olivier (Lucien), Bourneuf, Maurey, Boutin.

14. Ophtalmologie. — M. Bollack.
Assistants : Mme Delthil, Mlle Odic.
Interne : Mlle Aïtoff ; externes : Mlle Mawas, MM. Touraine (J.), Uzzan, Belcour (Jean).

15. Consultation de médecine : M. Facquet.
Assistant : M. Guilly.
Interne : M. Canlorbe ; externes : MM. Robin (J.), Bourdessoule, Mme Roberti, MM. Leménager, Oulié.

16. Consultation de chirurgie. — M. Deniker.
Assistant : M. Viala.
Externes : MM. Valleton, Manière, Hugelin.
Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lacronique.
Assistants : MM. Béal, Nespoulous.
Externes : N... N...

17. Electro-radiologie : M. Lepennetier.
Chef adjoint : M. Morin (Guy).
Assistant : M. Grain.
Externes : MM. Chambelland, Poirault.

18. Centre des tumeurs : M. Moulonguet.
Interne : M. Danset ; externe : M. Toulouse (Jean).

J. — LAËNNEC. — [A dater du 1er septembre 1946, M. le professeur Etienne Bernard abandonnera son service de l'hôpital Cochin pour prendre le service de clinique de la tuberculose à l'hôpital Laënnec.] — 1. Médecin : M. Brouet.
Assistants : MM. Meyer, Chadourne, Nico, Brissaud, Herrenschmith, Locorne, Baudouin.
Internes : MM. Dubois (Michel), Chauderlot ; externes : MM. Ziégler, Vernier, Valegeas, Schlumberger, Mlle Limichin, Besson, Sénéchal, Mlle Legendre, MM. Chevallier (Jacques), Perès.

2. Crèche. — Médecin : M. Brouet.
Externes : MM. Dubost, Lutier.
3. Dispensaire Léon-Bourgeois : M. Brouet.
Externes : MM. Bernard (Jean), Guimaut, Pauwels.
4. Médecin : M. Léchelle.
Assistant : M. Thévénard.
Interne : M. Roman ; externes : MM. Peltier, Cramer, Helie, Vanhove, Mathet.
5. Médecin : M. René Bénard.
Assistant : M. Royer de Véricourt.
Interne : M. K'brat ; externes : MM. Alcan, Beau (Yves), Malègue, Mevel, Le Mur.
6. Médecin : M. Gutmann.
Assistant : M. Dupuy (Raymond).)
Internes : M. Carasso ; externes : MM. Fourment (J.), Flament, Neumann, Renard (J.), Hinault, Bouchard.
7. Médecin : M. Pruvost.
Assistants : MM. Brincourt, Depierre, Teyssier, Mlle Blanchy, M. Grenet.
Internes : MM. Houssay (Michel), Lamy ; externes : Mlle David, MM. François, Cotoni, Mensior (J.), Leblanc (J.), Pebrier, Mme Le Cœur, MM. David (André), Brizon, Casalis, Conraux, Cassegrain.
8. Dispensaire Léon-Bourgeois : M. Pruvost.
Externes : MM. Duplay, Cambier, Job.
9. Chirurgien : M. Raoul Monod.
Assistant : M. Vuillième.
Internes : MM. Bijoux, Postel ; externes : MM. Durand (Remy), Granon (R.), Mallet, Schumann, Baron.
10. Chirurgien : M. Robert Monod.
Assistants : MM. Picard, Leroy.
Internes : MM. Gauchy, Cœuillez ; externes : MM. Ottenwaelter, Bobrie, Ouin, Fernet, Hazemann, Py, Krebs.
11. Oto-rhino-laryngologie : M. Ramadier.
Assistants : MM. Maspetiol, Soulas, Reich, Massonnet.
Interne : M. Cachin (Yves) ; externes : MM. Chalard, Maroger, Hacker, Schipman, Bachy, Giès.
12. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Parfonry.
Assistants : MM. Daudier, Bachy.
Interne : Mme Auvert ; externes : M. Tibi, Mlle Genin, MM. Picon, Parer.
13. Consultation de médecine : Médecin : M. Lièvre.
Interne : M. Fiessinger ; externes : MM. Grauer, Malan, Sultan.
14. Consultation de chirurgie : M. Olivier Monod.
Externes : MM. Rouillard, Caine.
15. Stomatologie. — Stomatologistes : MM. Darcissac, Gérard-Maurel.
Assistants : M. Maleplate, Mme Cernéa.
Externes : MM. Bodin, Bellot.
16. Electro-radiologie : M. Detré.
Chef adjoint : M. Hélie.
Attachés : MM. Denis (J.-P., ffon), Castano (ffon).
Externes : MM. Vergoz, Baufle, Jouveau-Dubreuil.

K. — BICHAT. — 1. Médecin : M. Justin-Besançon.
Assistant : M. Klotz.
Internes : MM. Paraf, Lhermitte ; externes : MM. Aubertin (Daniel), Levesque (Bernard), Bourguignon (André), Avril (Jean), Grivaux, Delonca, Jagouilloux, Aladénise, Massé (Rob), Ziégler (Y.).
2. Médecin : M. Paraf.
Assistant : M. Léwy (Samuel).
Internes : M. Nataf, Mlle Paraf (ext. ffon) ; externes : MM. Juret, Kachouk, Houzé, Guénard, Julien (Paul), Laurent, Lesur, Sarazin, Cruveilhier, Soulié, Verrier.
3. Médecin : M. Faroy.
Assistant : M. Arnous.
Internes : MM. Woimant (Bernard), Amondruz ; externes : MM. André (Jean), Roth, Dorotte, Delorière, Brunet (Bernard), Flin, Dupré, Muffang.
4. Médecin : M. Guy Laroche.
Assistant : M. Bompard.
Internes : MM. Rathery, Uro (Jean) ; externes : M. Lutier (Fr.), Mlle Sédillot, MM. Brack, Rousillon, Bénard (Pierre), Mme André, MM. Huertas, Lequin, May, Stoll.
5. Médecin : M. Gautier.
Assistant : M. Lafon (Jacques).
Internes : MM. Caron, Paris ; externes : MM. Tinel, Cadiot, Mlle Lig[illegible], MM. Baué, Barbieux, Mlle Gabalda, MM. Lees, Truchetet.
6. Chirurgien : M. Charrier.
Assistant : M. Chigot.
Internes : MM. Arnaud, Poulain, Raymond ; externes : MM. Lequesne, Fournier, Lebrun, Deramont, Bracq, Jaulmes, Léger, Castanier.
7. — Chirurgien : M. Petit-Dutaillis.
Assistant : M. Guérin.
Internes : MM. Ramadier, Pertuiset, Praloux ; externes : Mlle Foulon, MM. Guérin, Sebaoun, Pépin (Jean), Paturet, Guivarch, Carré, Delatre.
8. Chirurgien : M. Ameline.
Assistant : M. Moyse.
Internes : MM. Danion, Masmonteil, Delater ; externes : MM. Febvre, Marcassus, Ménégaux, Raynal, Guillaume, Job, Terquem, Simon, Zissmann.
9. Accoucheur : M. Suzor.
Assistant : M. Salvanet.
Internes : MM. Bliard (ext. ffon), Mariette (ext. ffon); externes : MM. Legros, Marland, Mouchot, Letessier, Lelièvre, Cornet.
10. Oto-rhino-laryngologie : M. Aubry.
Assistant : M. Bourdon.
Interne : M. Chardin ; externes : MM. Meyer (J.-P.), Gravot, Hue (Georges), Closier, Blanchet (P.), Roth.
11. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Prélat.
Assistants : MM. Sénéchal, Haineaux, Moussier.
Interne : M. Naudin (ext. ffon) ; externes : MM. Hamery, Beaumont, Mlle Dubost, M. Hébert.
12. Consultation de médecine. — Médecin : M. Turiaf.
Interne : M. Bourel ; externes : MM. Carette (J.), Rouam-Sim, Fallas, Mlle Perrin (Huguette), MM. Falas, Foucquier, Stéphan, Cellerier, Mme Le Duc.
13. Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Chevrier.
Assistant : M. Walther.
Externes : MM. Thouvenin, Campos, Rovillain.
14. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Fleury.
Externe : M. Vaquette.
15. Electro-radiologie : M. Lehmann.
Assistants : MM. Guéret (ffon), Blanc (Michel) (ffon).
Interne : M. Buffetaut (ext. ffon).
16. Policlinique : M. Ney.
Consultation de médecine infantile : M. Grenet.
Assistante : Mlle Bonnenfant.
Interne : M. Talbot ; externes : MM. Le Bouteiller, Sicot, Pinchon.
17. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Fleury.
Assistants : MM. Bornet, Olibesi.
Externes : M. Body (Jean).

L. — BROUSSAIS. — 1. Médecin : M. le professeur Donzelot.
Assistant : M. Bardin.
Chefs de clinique : MM. Sikorav, Galmiche, Kauffmann, Mme May.
Internes : MM. Godlewsky (Guy), Blanc (Guy ; externes : MM. Curioni, Leclercq, Le Tourneau, Poisson, Martin (Alain), Wallois (Pierre), Tabernat, Millet (Jean).
2. Médecin : M. le professeur Pasteur-Vallery-Radot.
Assistants : MM. Hamburger, Domart.
Chefs de clinique : MM. Milliez, Dreyfus, Louis Gougerot, Wolfromm, Mme Robbes.
Internes : MM. Duizend, Ryckewaert ; externes : Mlle Déjerine, MM. Branthomme, Dhermy, Mlle Jolly, MM. Cournot, Monégier du Sorbier, Mmes Troisier, Bastard, MM. Degeorges, Dousset, Meillaud.
3. Médecin : M. de Gennes.
Assistant : M. Bricaire.
Internes : MM. Nelhil, Sinion, Chiche, Laroche ; externes : MM. Aubertin (Didier), Civatte, Bernard (F.), Leprat, Crusson, Buchet, de Gaudart d'Allaines, Le Besnerais, Bensoussan, Nicolle, Weissenbach, Bocquin, Farcot, Mathieu de Fossey, Mlle Lessebrot.
4. Médecin : M. Brunel.
Internes : MM. Cambessèdes, E.-P., N... ; externes : MM. Dunoyer, Cayla, Gevraise, Le Petit, Pasquier (Ch.), Paumell (Ph.), Verdet (Rol.), Uzzan.
5. Médecin : M. Chevallier.
Assistant : M. Colin.
Internes : MM. Baillet (J.), Christol ; externes : MM. Robert (R.), Louvot, Crépin (Alfred), Batisse, Renier, Vallet, Gautard.
6. Chirurgien : M. Basset.
Assistant : M. Coldefy.
Internes : MM. Ballade, Courtois-Suffit, Bloch-Lainé ; externes : MM. Chomette, Landeman, Langlade, Girard, François, Gallais, Delcour.

6. Chirurgien : M. de Gaudart d'Allaines.
Assistant : M. Patel.
Internes : MM. Devimeux, Barbier, Michon (Y.), Carillo-Maurtua, Tubiana ; externes : MM. Métaut, Melki, George, Morillot, Decaudaveine, Hallez, Boy.

7. Oto-rhino-laryngologie : M. Aubin.
Assistants : MM. Clerc, Boiteux, Roddler.
Interne : M. Hiverlet ; externes : MM. Demazure, Bonnenfant, Dupuis (Y.), Haudeville (Y.).

8. Consultation de médecine. — Médecin : M. Mauric.
Interne : M. Guéniot ; externes : Mlle Daveau, MM. Naoury, Dancygier.
Consultation de chirurgie. — Chirurgien : M. Bréchot.
Externes : MM. Court, Ragot.

9. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Croquefer.
Externe : M. Ferrier (André).

10. Electro-radiologie : M. Desgrez ; chef adjoint : M. Mathis.
Assistants : MM. Mazars, Chevalier (ffon).

M. — BOUCICAUT. — 1. Médecin : M. Bourgeois.
Assistants : MM. Genevrier, Rollin, Garaise.
Interne : M. Darnis ; externes : M. Casassus, Naveau, Guran, Duriez, Ducrot, Mlle Rimbaud.

2. Centre de triage : M. Bourgeois.
Externes : MM. Hinard, Guillemet.

3. Médecin : M. Gilbert Dreyfus.
Assistant : M. Zarachovitch.
Interne : M. Herrault (ext. ffon) ; externes : MM. Boileau, Picard, Chimène, Mlles Le Guen, Bernard, MM. Sterboul, Danon, Boileau.

4. Chirurgien : M. Guimbellot.
Assistant : M. Seillé.
Internes : MM. Crépy, Breger, Dautry ; externes : M. Genin, Mlle Schlesser, MM. Flavien, Guiguen ((Yves), Mlle Raufast, M. Mahec (Gérard, Mlle Boubée, M. Lelièvre (Jean), Mlles Mallet, Py, M. Gallot-Lavallée.

5. Oto-rhino-laryngologie : M. Moulonguet.
Assistants : MM. Giraud, du Buit, Solieski.
Interne : M. Poncet ; externes : MM. Ribéra, Morvant, Moulonguet (H.), Mage.

6. Accoucheur : M. Ecalle.
Assistant : M. Bidoire.
Internes : MM. Peuvion (ext. ffon), Delmas (ext. ffon) ; externes : MM. Menut, Chevalier, Galland, Hennequet, Siraga.

7. Consultation de médecine. — Médecin : M. Moussoir.
Assistant : M. Katchouia.
Interne : M. Pelbois ; externes : MM. Roussel, Moreau. Perraud.

8. Electro-radiologie : M. Peuteuil.
Assistant : M. Quivy.
Externe : M. Smirnoff.

N. — VAUGIRARD. — 1. Chirurgien : M. le professeur Sénèque.
Assistants : MM. Roux (Marcel), Beaugeard.
Chefs de clinique : MM. Rognon, Pérol.
Internes : MM. Tournebœuf, Prochiantz, Monod-Broca ; externes : MM. Martin-Dupray, Arthuis, Auvert, Françon, Bonhomme, Schmitt, Mlle Kahn, MM. Castel, Phéline, Vivien, Rixe.

2. Electro-radiologie : M. Foubert.
Asssistant : M. Brille.
Externe : M. Marie (Louis).

3. — Stomatologie. — Stomatologiste : M. Hénault.

4. Oto-rhino-laryngologie : M. Miégeville.

5. — Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Dubar.

O. — AMBROISE-PARE-BOILEAU. — 1. Médecin : M. Célice.
Assistant : M. Gournay.
Interne : M. Millot (Jean) ; externes : MM. Maillard, Bertheaume, Deboos, Vilain (Ray.), Foissin.

2. Médecin : M. Péron.
Assistant : M. Droguet.
Interne : Mlle Granier ; externes : MM. Verneaux, Bouchard, Mazel, Madier, Lotte, François (André).

3. Médecin : Mme Roudinesco.
Assistant : N...
Internes : MM. Duché, Gayno ; externes : MM. Moisan, Miault, Magnier, Paychère, Mme Crépy, M. Lenormand (Cl.).

4. Chirurgien : M. Sauvé.
Assistants : MM. Meillère, Bretégnier.
Internes : MM. Lemerre, Bucaille ; externes : MM. Cotlenko, Alexandre, Biros, Nicard, Naveau, Dupré, Chardin, Klein, Legal-Lassalle.

5. — Consultation de médecine. — Médecin : M. Grossiord.
Interne : M. Lestradet ; externes : MM. Deniker, Baïj.

6. Oto-rhino-laryngologie : M. Sergent.
Assistant : M. Schlegel.
Externes : MM. Hamel, Aubert, Blancher.

7. Radiologie : M. Liquier.
Assistant : M. Courtin (ffon).

P. — SAINT-LOUIS. — 1. Médecin : M. le Prof. Gougerot.
Chefs de clinique : MM. J. Meyer, Maurice le Sourd, Schneider.
Internes : MM. Hewitt, Saltet de Sablet ; externes : MM. Tronche, Duvillier, Wallut (Fr.), Eon, Péquignot, Mathieu (Emile), Hay, Malizard, Hababou.

2. Médecin : M. Touraine.
Internes : MM. Bourgin. Alison ; externes : MM. Poggioli, Jaffrès (Roh), Abbas, Régent, Moulinard, Esbach, Harel (Jean), Besse.

3. Médecin : M. Pollet.
Assistant : M. Gaultier.
Internes : MM. Radziewsky, Avenier ; externes : MM. Fontaine, Benard (Henri), Poubel dit Broyelle, Caron, Millard.

4. Médecin : M. Degos.
Internes : M. Verliac, Alhomme, Contamin ; externes : MM. Escoffier, Marie (Maurice), Foucher, Dumoncel, Mlles Fontaine, Métivier, MM. Raynaud, Lepercq, Rameix, Psaume, Colbert, Ossipovski, Ghezzi, Pichon.

5. Médecin : M. Weissenbach.
Internes : MM. Rosey (Jean), Jupeau ; externes : Hautefeuille, Bramat, Texier (Fr.), Fleury, Renaux, Chavigny, Mme Loron, Mlles Mignot, Retail, M. Cleisz.

6. Médecin : M. Flandin.
Internes : M. Chartrain, Mme Morin ; externes : MM. Petit (J.), Landréat, Mlle Fidon, MM. Michaux, Bibaut, Baron (G.), Mirot (Félix), Lebreton, Lange.

7. Médecin : M. Tzanck.
Internes : MM. Horvilleur, Roujeau ; externes : MM. Nedelec (Jean), Hillion, Bourgine, Mlle Spinasse, MM. Dambrine, Klein (Roger), Israël, Lévy (Claude).

8. Transfusion sanguine. — Médecin : M. Tzanck.
Externes : MM. Louis (Remy), Boschetti, Bourgeois-Gavardin.

9. Chirurgien : M. Aurousseau.
Assistant : M. Gandrille.
Internes : MM. Aurousseau, Guillemart, Kéruzoré ; externes : MM. Lissitzky, Gelé, Waisbrot, Tassin, Poirier de Clisson, Venisse, Dubourd, Rullier, Moullart.

10. Chirurgien : M. Bazy.
Assistant : M. Lortat-Jacob.
Internes : MM. Legendre, Le Bourg, Mathieu ; externes : MM. Réjou, Benoit, Mlle Calmette, MM. Blotnick, Paulhac, Lehmann, Brassier, Vieux, Lechaux.

11. Chirurgien : M. Raymond Bernard.
Internes : MM. Masse (Ph.), Larget, Baudry ; externes : MM. Lecomte, Rouffiat, Sauvan, Mlle Poupinet, M. Auriche, Mlles Josse, Benoit, MM. Tiprez, Ducloyer.

12. Chirurgien : M. Couvelaire.
Assistant : M. Magder.
Internes : MM. Bailly, Thierry, Burgot ; externes : MM. Moraine, Frette, Bourgois (Michel).

13. Chirurgien. — Consultation d'urologie : M. Couvelaire.
Externes : MM. Chasseuil, Bréchot, Lambert, Gressard, Mary, Michel, Boulenger.

14. Accoucheur : M. Digonnet.
Assistant : M. Bigey.
Internes : MM. Hervé (ext. ffon), Bardiaux (ext. ffon) ; externes : MM. Hugodot, Bouchara, Barry, Boutroy, Robert, Montagnon, Calendrier, Bailleul.

15. Oto-rhino-laryngologie : M. Bouchet.
Assistants : MM. Debain, Fouquet, Pigache.
Internes : MM. Muler, Flurin ; externes : MM. Fortin (Jean), Hug, Pimpaneau, Poncelet, Charleux.

16. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Renard.
Assistants : MM. Bréjeat, Lelièvre.
Internes : M. Cirilli ; externes : MM. Gourinat, Lemasson, Boulard, Mlle Leroy, M. Carteaud.

17. Consultation de médecine : M. Lereboullet.
E.-P. : M. Bouvattier.

Externes : MM. Folzoas, Magnet, Lehmann, Pouilloux, Tattebin, Pingusson, Proisy.

18. Consultation de chirurgie : M. Rouhier.
Assistant : M. Baudelot.
Externes : MM. Meyer (Jacques), Revil, Thomas (Jean).

19. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Richard.
Assistants : MM. Cernéa, Descrozailles.
Externes : MM. Hervé (M.), Guillon (J.).

20. Electro-radiologie : M. Cottenot.
Chef adjoint : M. Bourdon (ffon).
Assistants : MM. Rensonnet, Millet, Giraudeau.
Interne : M. Jomier ; externes : MM. d'Halluin, Heitz, Oléon.

21. — *ANNEXE GRANCHER.* — 1. Médecin : M. Turpin.
Assistant : M. Chassagne.
Internes : MM. Sénécal, Piérard ; externes : MM. Salmon (Rob), Sabouraud, Renard (J. Paul), Sanson (J.), Landrieu, Lenormand (P.), Housset, Vallin (J.).

2. Chirurgien : M. Fèvre.
Assistants : MM. Barcat, Arviset.
Internes : MM. Fourdinier, Bernier, Méary ; externes : Mlle Jacotot, MM. Genot, Nicolas (Lucien), Tardif, Erard, Mauroy, Laporte.

Q. — BROCA. — 1. Chirurgien : M. le Prof. Mocquot.
Assistant : M. Cordier.
Chef des travaux de gynécologie : M. Palmer.
Chefs de clinique : M. Musset, Mme Michel.
Internes : Mme Verdoux, MM. Routier, Bory ; externes : MM. Robert, Mazabraud, Mlles Guénot, Wercklé, M. Garnier (Paul), Mlle Renou, Mme Martelli.

2. Chirurgie (chroniques) : M. le Prof. Mocquot.
Interne : M. Oteifa ; externes : Mme Gurly, MM. Villey-Desmeserets, Dumery, Mlle Lebailly.

3. Consultation de dermato-vénéréologie : M. Merklen.
Interne : M. Vermeil ; externes : MM. Lemaire, Gatelman, Fleury (P.), Gras (Henri), Mlle Perrin (Cl.), MM. Voyeux, Dionnet.

4. Electro-raodiologie : M. Froin.
Assistant : M. Lenoir.
Externe : M. Volmat (Robert).

R. — MATERNITE. — Accoucheur : M. le Prof. Portes.
Assistant : M. Mayer (Maurice).
Chefs de clinique : MM. Vassy, Granjon.
Internes : MM. Lanvin, Jacquemin, Granjon ; externes : M. Beauchamps, Mlles Delayre, Riou, MM. Naoury, Bruel, Badin, Michelin.

S. — BAUDELOCQUE. — Accoucheur : M. le Prof. Lévy-Solal.
Assistants : M. Grasset, Mme Debain.
Chef de clinique : M. Hanon.
Internes : MM. Boëffard, Ducret (ext. ffon) ; externes : MM. Picard, Thuot, Ducret, Pegruet, Denis (P.), Thiron (J.-M.), Gaillemin.

T. — TARNIER. — Accoucheur : M. le Prof. Lantuéjoul.
Assistant : M. Merger.
Chefs de clinique : M. Moullé, Mlle Mage.
Interne : M. Chambraud (ext. ffon), N... ; externes : MM. Japhet, Cattoen, Carpentier, Ly Van Ky, Millet, Meng, Baudet, Desauge.

U. — CLAUDE-BERNARD. — 1. Médecin : M. le Prof. Lemierre.
Assistant : M. Morin (Marcel).
Chefs de clinique : Mlle Corre, MM. Audry, Verriez, Franchel, Bricaire.
Internes : MM. Vissian, Sapin-Jaloustre (Henri), Choffel, Neel ; externes : Caron (P.), Cavigneaux, Bloch-Larroque, Mlles Devin, Gober, MM. Chrétien (Jacques), Brizard, Chouraqui, Sadoun, Thomas (J.), Touaty, Benoist (Michel), Chenderavitch, Polack, Sebay.

2. Médecin : M. Laporte.
Assistant : M. Jacquet.
Internes : MM. Sainrapt, Hartmann (J.) ; externes : Mlle Martinet, M. Brémond, Mlle Rencaud-Lande, MM. Robin, Billot, Longnos, Mme Maury.

3. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : M. Leroux-Robert.
E.-P. : M. Bézard (ext. ffon).
Externes : MM. Minier, Leca.

V. — TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. le professeur Cathala.
Assistant : M. Auzépy.
Chefs de clinique : MM. Combes-Hamelle, Bastin, Castaigne, Verliac.
Internes : MM. Haquin, Fischgrund ; externes : MM. Auvigne, Mlle Périneau, MM. Michard, Daunay, Piaux, Mlle Ranson, MM. Pette, Verlet, Cordier (P. Eugène), Malapert, Struve, Allard, Mlle Rolland.

2. Diphtérie : M. le professeur Cathala.
Interne : M. Graveleau (Jacques).

3. Médecine : M. Marquézy.
Assistant : M. Eck.
Interne : M. Royer (P.) ; externes : Mlles Chancel, Barbié, MM. Dandelot, Derenne, Mlle Henrion, MM. Petit (Dominique), Bouvier.

4. Contagieux : M. Marquézy.
Interne : M. Marche (Jean).

5. Chirurgien : M. Sorrel.
Assistants : MM. Champeau, Boisseau.
Attachés d'orthopédie : Mlle Laederich, Mme Legrand, M. Lambling.
Internes : MM. Vandooren E.-P., Cresson (ext. ffon), Couinaud (ext. ffon) ; externes : MM. de Person, Lacombe, Passas, Alagille, Lubin, Andreassian, Mlle Leroux, MM. Hascoet, Paris.

6. Oto-rhino-laryngologie : M. Rouget.
Assistants : MM. Lemariey, Hamelin, Lemoine, Mme Sergent.
Internes : MM. Hypcau (ext. ffon), Fronteau (ext. ffon) ; externes : MM. Barbet, Hardy, Mlles Flanet, Gautier, M. Massin.

7. Consultation de médecine : M. Laplane.
Internes : MM. Isal, Tremblay ; externes : MM. Morigny, Cottrell, Mlle Belligand, MM. Delmas, Pillot, Curioni.

8. Electro-radiologie : M. Humbert.
Assistant : M. Rudelle (ffon).
Externe : M. Morin (Pierre).

9. Consultation d'ophtalmologie : M. Offret.
Assistant : M. Mathieu.
Externes : MM. Debray, Marcotte, Besnaînou.

10. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lebourg.
Assistants : MM. Duba, Bureau.
Externe : Mlle Doussau.

W. — BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Janet.
Assistant : M. Winphen.
Internes : MM. Decroix, Sibertin-Blanc ; externes : MM. Toulorge, Lecomte, Heyblon, Chabot, Bardon, Sesboué, Neufi, Mathé (Georges).

2. Médecin : M. Clément.
Assistant : M. Gerbeaux.
Internes : MM. Koupernik, Mathey ; externes : M. Redor, Mlle Bouveau, MM. Aldighieri, Delaborde, Mathieu, Rivron, Scalbert, Larangot, Chatain (Jean).

3. Chirurgien : M. Boppe.
Assistant : M. Niel.
Internes : MM. Spriet, Bourdy, Estève ; externes : MM. Ducroquet, Segaud, Beaufour, Lesage, Masingue, Bilhaud, Hannequin, Vidal, Rapin, Moutête.

4. Accoucheur : M. Séguy.
Assistant : M. Robey.
Internes : MM. Mintz (ext. ffon), Doutriau (ext. ffon) ; externes : M. Randon, Mlle Bion, M. Bellair, Mlle Bourgeois, MM. Thomas (Jean), Collin (Jean).

5. Consultation de médecine. — Médecin : M. Weill.
Assistant : Mlle Papaïoannou.
Interne : M. Thierrart (ext. ffon) ; externes : Mlle Vautrinot, MM. Auzoux, Grignon, Nory, Hervé.

6. Consultation oto-rhino-laryngologie : M. Lallemant.
Assistants : MM. Roulin, Lucas.
Externes : MM. Tomatis, Amaury, Lecointre, Foglierini.

7. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Cauhépé.

8. Electro-radiologie : M. Ordioni.
Chef adjoint : M. Huant.
Externes : M. Sans (Gilbert), Mlle Lenoir.

X. — *HEROLD*. — 1. Médecin : M. Clément Launay.
Assistant : M. Gabriel.
Internes : MM. Satgé, Chadoutaud ; externes : MM. Beauchamps, Bouchard (Roland), Drouet, Boutry, Chigot, Mme Adam, M. Hubault.
2. Médecin : M. J. Marie.
Assistant : M. Seringe.
Internes : M. Pichon, Mlle Schweisguth ; externes : M. Villiaumey, Mlle Raveau, MM. Triboulet, Le Goff, Mlles Rivet, Bernard (Jacqueline), MM. Goujon, Goulon, Soulier, Duroselle, Tessler, Mlle Wodzinska.
3. Consultation de médecine : M. Nouaille.
Interne : M. Nebout ; externes : MM. Michel (René), Tuloup, Mlles Foucque, Meyer, M. Castel (Yves).
4. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : M. Bourgeois (Robert).
Assistant : M. Franck.
Externes : MM. Bouix, Hervé, Mazuet.
5. Electro-radiologie : M. Dubost.
Externe : Mlle Huot.
6. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Desvignes.
Externe : M. Trividic.

Y. — *MAISON DE SANTE*. — 1. Médecin : M. Benoist.
Assistant : M. Reynaud.
Interne : M. Bourrillon ; externes : MM. Parienté, Bertin, Lattès, Malbrant, Berge, Gandet.
2. Service temporaire de chirurgie : M. Gueullette.
Assistant : MM. Blondin-Walther.
Internes : MM. Brac, Léger, Corbineau ; externes : MM. Laratte, Porcher, Aussage, Huart, Dufat, Fourmont.
3. Consultation de médecine : M. Benoist.
E.-P. : M. Daffos (ext. ffon) ; externes : MM. Vincent (Bernard), Chabrol, Mlle David (Colette).
4. Consultation de chirurgie : M. Gueulette.
Externes : MM. Renoult, Caldera, Saint-Paul.
5. Electro-radiologie : M. Proux.
Chef adjoint : M. Cholot (ffons).
Externes : MM. Douard, Beauvy.

Z. — *SAINT-VINCENT-DE-PAUL*. — 1. Médecin : M. Lelong.
Assistants : MM. Joseph, Rossier, Vialatte.
Internes : MM. Umdenstock, Buhot, Tixier (Pierre) ; externes : M. Soulé, Mme Soulé, MM. Lepront, Frézal, Cartier, Louchart, Mlle Frémont, Mme Picard, MM. Casalis, Nahum, Boutillier du Rétail.
2. Chirurgien : M. Petit.
Assistant : M. Brisard.
Internes : MM. Denisart, Enel ; externes : MM. Meunier, Bouverne, Mallet, Gros (Ph.), Languille.
3. Stomatologie. — Stomatologiste : Mme Papillon-Léage.
Assistants : MM. Puiget, Amabric.
Externes : MM. Malitchenko, Dumontet.
4. Consultation d'oto-rhino-laryngologie : M. Lemoyne.
Assistant : M. Prudhomme.
Externes : MM. Vincent, Borst, Proust, Mlle Vaultrin.
5. Accoucheur : M. Mayer.
Internes : MM. Chappuis (ext. ffon), Vallée (ext. ffon) ; externes : MM. Raulline, Fruchard, Diebold, Boisselier.
6. Radiologie : M. Lefebvre.
Assistant : M. Champeau.
Externe : M. Etienne (Pierre).

AA. — *BICETRE*. — 1. Médecin : M. Moreau.
Assistant : M. Cler.
Internes : MM. Paley, Auquier, Dupont (Victor) ; externes : M. Legrain, Mlle Dupuy, MM. Jeanhourquin, Massart, Wallon, Besson (Henri), Richer (Jean), Nadal, Thomas (Ch.), Mlle Wormser, M. Pot.
2. Consultation de médecine. — Médecin : M. Moreau.
E.-P. : M. Barré (Yves) (int. ffon).
Externes : M. Eloy, Mlle Gobert.
3. Service de désencombrement. — Lenoir-Jousseran. — Médecin : M. Moreau.
Externes : M. Dubois de Montreynaud, Mlle Mettetal, MM. Gaudin, Goursolas, Olivier (René).
4. Service des déportés. — M. Moreau.
Interne : M. Brion ; externes : MM. Marguerite, Viveret, Fourcade.
5. Service de désencombrement. — M. Moreau.
Externes : Mlle Dagonet, MM. Wargnier, Plessier (Jean) Picard (René).
6. Médecin : M. Faulong.
Interne : M. Hardouin, E.-P. ; externes : MM. Lauras, Gandois, Tricaud, Gabriac, Fourès.
7. Médecin : M. Lemaire.
Assistant : M. Castaigne.
Internes : MM. Kartun, Durand (Maurice) ; externes : MM. Pierquin, Dubost, Hazard, Orcel, Thuau, Denis (Marcel), Bernier.
8. Service des chroniques : M. Lemaire.
Externes : MM. Couteaux, Touche, Gérard-Marchant.
9. Médecin : M. Boudin.
Interne : M. Eliachar ; externes : MM. Verdoux, Briens, Vazeux, Devallois, Dinet, Pellet, Daireaux, Moles, Huard.
10. Service des galeux.
E. P. : N...
Externes : MM. Boué, Lauras, Mlle Laulanié.
11. Chirurgien : M. Toupet.
Assistant : M. Mouchet.
Internes : MM. Fournier, Ferry, Lacour, Reymond ; externes : MM. Peygnaud, Dumay, Vergne, Heurtematte, Guérin (Cl.), Gérard, Mouy, Coulet, Parrot.
12. Service temporaire de chirurgie : M. Toupet.
Externes : M. Audoueineix, Mlle Carillon.
13. Service d'aliénés. — M. Delay.
E.-P. — M. Pichot, interne.
14. Electro-radiologie : M. Truchot.
Chef adjoint : M. Cassan.
Externe : M. Chateau.
15. Ophtalmologie. — Ophtalmologiste : M. Hudelo.
16. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Houzeau.
Consultation d'oto-rhino-laryngologie. — M. Bourdial.
Assistant : M. Lefèvre (Jean).

AB. — *SALPETRIERE*. — Médecin : M. le professeur Guillain.
Assistant : M. Mollaret.
Chefs de clinique : MM. Fressinaud-Masdefeix, Roge, Sévileano, Chateau.
Internes : MM. Chapuis, Piard, Mlle Cousin ; externes : MM. Corone, Dalibard, Klein, Berthaux, Mlle Kernevez, MM. Nogrette, Guillermon, Mlle Novrant, M. Schwarzmann.
2. Médecin : M. Levesque.
Assistant : M. Perrot.
Internes : M. Lafourcade, Mme Demassieux ; externes : MM. Pironneau, Herman (Jean), Hamoniaux, Mallèvre, Mme Piette.
3. Médecin : M. Alajouanine.
Assistant : M. Thurel.
Internes : MM. Bureau, Scherrer, Blancard, Le Tan Vinh ; externes : MM. Dubois (J.-R.), Sylvestre, Mme Maigne, MM. Poilpré, Lacan Saint-Guily, Mikol, Goutorbe, Mme Robert, M. Cohen (Ernest).
4. Médecin : M. Hagueneau.
Assistants : MM. Christophe, Aubrun.
Internes : MM. Bouygues, Brisset ; externes : MM. Le Bourhis, Rouot, Florent, Mlle Cruciani, MM. Fraisseix, Hel, Bourgeois.
5. Médecin : M. Fouquet.
Assistant : Mme Teyssier.
Internes : N... N... ; externes : M. Ybert, Mlle Brunel ; MM. Roland-Billecart, Oury, Martin (Guy), Mlle Jubert, MM. Froideval, Latil.
6. Médecin : M. Mollaret.
Internes : MM. Scebat, Poulet ; externes : MM. Robineaux, Bertrand (J.), Breynaert, Mazaltov.
7. Médecin : M. Michaux.
Assistant : M. Gallot.
Internes : Mlle Saulnier, M. Dubois (J.-Cl.) ; externes : MM. Bouvier, Le Lay, Ferroni, Duranteau.
8. Chirurgien : M. le professeur Mondor.
Assistants : MM. Léger, Ollivier, Guillaume, Ribadeau-Dumas.
Chefs de clinique : MM. Desfosses, Flabeau, Mattei, Petit, Léandri, Estève.
Internes : MM. Tchekoff, Gougerot, Alpérine ; externes : MM. Chuisano, Lecouturier, Oizerovici, Guillemot, Séguinot, Funck-Brentano, Lévy (Roger), Mlle Dodart, MM. Le Bozec, Illouz, Sance, Bouchaud.
9. Centres des tumeurs : M. le professeur Mondor.
Interne : M. Edelman ; externe : M. Sakka.
10. Clinique chirurgicale : M. le professeur Mondor.
Interne : M. Mazars ; externes : Mlle Garrigues, MM. Massias, Lord.

11. 1er Service de chroniques de chirurgie.
Chirurgien : M. le professeur Montdor.
Interne : M. Bosquet (Gilbert) ; externes : MM. Bonnot, Chevalier, Clay.

12. 2e Service de chroniques de chirurgie.
Chirurgien : M. le professeur Mondor.
Interne : M. Oudot.

13. Electro-radiologie : M. Gally.
Chefs adjoints : Mlle Marquis, M. Mathieu (ffons).
Assistants : MM. Kieselstein, Strouzer.
Interne : M. Bonduelle.

14. Stomatologie. — Stomatologiste : M. Lacaisse.
Assistant : M. Valtat.

15. Médecin (Service de désencombrement) : M. Mollaret.
Externes : MM. Davaine, Loustau-Chartez, Beaugrand, Mlle Thernot, M. Mathis.

16. Chirurgien (Service de désencombrement) : M. le Professeur Mondor.
Externes : MM. Gavel, Mouly.

AC. — IVRY. — 1. Médecin : M. Mahoudeau.
Internes : MM. Michaud, Martin (J.-P.), E.-P. ; externes : MM. Koïfman, Doinet, Boulenger (André), Mlle Gilbert.

2. Chroniques et admissions : M. Mahoudeau.
Externes : MM. François (Jacques), Van Haecke.

3. Service de désencombrement : M. Mahoudeau.
E.-P. : MM. Barety (ext. ffon), Léandri (ext. ffon ; externes : MM. Faivre, Gohebel, Doliveux, Laplanche.

4. Chirurgien : M. Welti.
Internes : N..., Mlle Duchamp (ext. ffon) ; externes : MM. Beynes, Plantureux, Duchange, Juge.

5. Electro-radiologie : M. Codet.
Chef adjoint : M. Deille.

1. Chirurgien (Service temporaire de chroniques chirurgicaux) : M. Welti.
Externe : M. Paquelin.
Stomatologie. — Stomatologiste : M. Mesnard.

AD. — HOSPICE CORENTIN-CELTON (anciennement Les Ménages). — 1. Médecin M. Layani.
Assistant : M. Aschkenasy.
Internes : M. Polonowski ; externes : MM. Dujardin, Conte, Pilleron, Martin (Pierre), Gobert, Ben Chemoul.

2. Médecin (Service de désencombrement) : M. Layani.
Interne : M. Poinsard (ext. ffon) ; externes : MM. Cornillot, Cordier, Connault.

3. Chirurgien : M. Gatellier.
Assistant : M. Chastang.
Internes : MM. Sapin-Jaloustre (Jean), Chatain (Yves), Malvy ; externes : MM. Navarin, Gamache, Cordier (Jean), Roidot, Lucet, Mlle Drouet, MM. Caroit, Boivin.

4. Radioscopie : M. Brunet.
Assistante : Mme Louframi.
Consultation d'oto-rhino-laryngologie : M. Morax.

AE. — LA ROCHEFOUCAULD. — M. X...
Externe : M. Bessi.

AF. — SAINTE-PERINE. — 1. Médecin : M. Deparis.
Interne : M. Blanc (Pierre), E.-P.

AG. — CHARDON-LAGACHE. — 1. Médecin : M. Deparis.
Interne : M. Herlemont, E.-P.

AH. — DEBROUSSE. — 1. Médecin : M. Albahary.
Interne : M. Vernant, E.-P.

AI. — MARMOTTAN. — 1. Chirurgien : M. Banzet.
Assistant : M. Adam.
Internes : MM. Alexandre, Binet, Timal ; externes : MM. Bentzmann, Bosquet (Pierre), Pernod, Laufer.

2. Electro-radiologie : M. Dupouy.

AJ. — RAYMOND-POINCARE A GARCHES. — 1. Médecin : M. Rouqués.
Internes : MM. N..., N..., Rouget (ext. ffon) ; externes : MM. Gayet, Adrian, Sterkers, Mlle Dugas, M. Castan.

2. Médecin : M. Antonelli.
Internes : N..., N...; externes : MM. Léger (Y.)), Robineau (Y.).

3. Chirurgien : M. Gérard-Marchant.
Internes : MM. Rougeulle, Pillois, Pilven (ext. ffon) ; externes : MM. Bedouelle, Duranteau (Maurice), Duranteau (André), Déramond, Bader, Mary, Mlle Boussange, MM. Lalisse, Ganter, Camey.

AK. — SURESNES. — 1. Médecin : M. Kourilsky.
Internes : MM. Piton, Fritel ; externes : MM. Boulanger, Renaudie, Bamberger, Guignon, Albatucci, Pye, Fournier, Cugliolo, Chantrenne, Marcovich.

2. Accoucheur : M. Grasset.
Internes : M. Lévy (Pierre) (ext. ffon), Rudisch (ext. ffon) ; externes : Ravous, Grassin, Moulin (J.), Le Goff (J.), Finkelstein, Jeannin, Marel, Alleno, Vaille, Neveu.
Radiologie : M. Puyaubert.

AL. — SAINTE-ANNE. — 1. Médecin : M. Delay.
Interne : M. Barbizet ; externes : MM. Monnerot, Romanet, Mlle Teyssère, MM. Godechot, Perrier, Dreyfus (Pierre), Geoffroy (H.), Marinier.

AM. — ANTOINE-CHANTIN. — 1. Chirurgien : M. Oberlin.
Internes : MM. Le Lorier, Gross ; externes : MM. Radigon, Jousset, Chevalier (Fr.), Pellat, Melchior.

AN. — MANIN. — 1. Chirurgien : M. Moure.
Internes : MM. Marquand, Allary, Roume, Flouquet ; externes : MM. Périn (Michel), Richoux, Faivre (Jacques), Bocquet, Gutel, Mlle Steinheil, MM. Tilly, Prévost, Siardet, Mlle Pernot.

AO. — NEUILLY. — 1. Chirurgien : M. Braine.
Internes : MM. Bénézech, Chevillotte ; externes : MM. Boussard, Désarménien, Coty (Roland), Devemy, Ferrier (André).

2. Consultation de chirurgie : M. Billet.
Externes : MM. Chemery, Maulme.

AP. — BREVANNES. — 1. Médecin : M. Renaud.
Internes : MM. Hervan, ext. (ffon), N..., N...

2. Médecin : M. Chauveau.
Internes : MM. Barbès (ext. ffon), Schwartz (ext. ffon), Lévy (Pierre) (ext. ffon), Messager (ext. ffon), Vallois (ext. ffon), N..., Delatre (ext. ffon), Treps (ext. ffon), N..., N...

AQ. — HOPITAL LEOPOLD-BELLAN. — 1. Chirurgien : M. Merle d'Aubigné.
Internes : MM. Gauthey, Delagarde, Descamps ; externes : MM. Delbet, Bellanger, Guestre, Charpentier, Kerner, Pommier.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 2 juillet 1946

Notices. — M. Georges Labey lit une notice nécrologique sur M. Pierre Fredet, récemment décédé.
M. Ramon donne lecture d'une notice sur Simon Flexner.

Rapport. — M. Tanon, au nom de la Commission du lait, lit un rapport sur le lait irradié et fait adoper les conclusions suivantes :
L'Académie admet la distribution du lait irradié par des procédés physiques et vendu librement. Elle s'oppose à l'addition de vitamine D préparée chimiquement.
— L'irradiation ne dépassera pas 20 γ environ par litre.
— Un contrôle sera obligatoirement exercé, ainsi qu'un contrôle des appareils d'irradiation.
— Aucune publicité de tendance médicale ne pourra être faite.

Sur les résultats comparés de la réaction du benjoin colloïdal et de la réaction de M. Dognon avec les liquides céphalo-rachidiens pathologiques. — MM. G. Guillain, Guy Laroche et J. Lereboullet apportent une étude comparative des deux réactions portant sur 200 cas. La réaction de M. Dognon présente un intérêt réel pour l'étude physique du mécanisme de la floculation du mastic en faisant varier directement le Ph des solutions qu'on peut apprécier grâce à des indicateurs colorés. Mais, contrairement aux conclusions de M. Dognon et de Mlle Simonot qui considéraient que leur réaction était une réaction de la syphilis, cette réaction est positive aussi dans la sclérose en plaques, les méningites tuberculeuses, les tumeurs cérébrales, les tumeurs médullaires, la trypanosomiase. Cette

réaction nous paraît moins sensible que la réaction du benjoin colloïdal. De plus, elle ne peut déceler, comme le permet au contraire la réaction du benjoin colloïdal à 16 tubes, aucune précipitation dans la zone méningitique. On se prive ainsi des renseignements si souvent indispensables pour le diagnostic et le pronostic de certaines affections du névraxe.

Quelques remarques sur le développement des cordages tendineux de la valve interne de la mitrale. — M. G. CORDIER et P. ROUX. — L'étude d'embryons dont la taille variait entre 7 mill. et 48 mill. ont conduit Cordier et Roux à conclure que la morphogénèse vient à l'appui de l'hypothèse généralement admise, d'après laquelle les particularités que présente la disposition des cordages tendineux de la valve interne est d'ordre mécanique et résulte de la disparition des cordages de deuxième et de premier ordres, sous l'action de la pression sanguine. Ce phénomène coïncide avec la division du bulbe et l'achèvement de la cloison interventriculaire.

Pour les mêmes raisons, la valve antérieure de la tricuspide présente les mêmes caractères que la valve interne de la mitrale.

Etude du développement du colibacille (Escherichia coli) sur milieu synthétique ammoniacal par le contrôle de l'acidification du milieu. — MM. A. SARTORY et J. MEYER.

SÉANCE DU 9 JUILLET 1946

Le curare en chirurgie. — M. LAPICQUE.

Seule l'utilisation de l'orthocurare est justifiée en chirurgie, c'est cette variété que Claude Bernard avait utilisée. Les Américains l'obtiennent actuellement directement des plantes sans passer par les mixtures des indigènes.

L'orthocurare agit d'abord sur le système nerveux central et c'est par son effet narcotique, et non en interrompant la commande musculaire, que le curare agit en association avec tel ou tel anesthésique général.

Sur la torulose à propos d'un cas sur un enfant atteint de lymphogranulomatose maligne. — MM. R. DEBRÉ, LAMY, NICK, Mlle GRUMBACH et M. NORMAND.

L'enfant présenta des crises épileptiques et un état cérébroméningé rapidement mortel.

Le liquide C. R. contenait de nombreuses torula. L'autopsie montra la plupart des organes envahis par ce champignon.

Aspect radiologique des cathétérismes zonaires du poumon. — MM. Charles MATTEI, Marcel TRISTANI, André BARBE (Marseille). — En projetant cinquante-deux radiographies recueillies au cours de 1.100 cathétérismes pour le traitement de 63 abcès pulmonaires, les auteurs montrent (établi par l'indispensable observation radiologique de face et de profil) l'aspect caractéristique des cheminements de la sonde opaque de Métras dans chaque pédicule bronchique important : apical, dorsal supérieur, ventral supérieur, de la première parabronche externe pour le *lobe supérieur*. Dans le *lobe moyen* les pédicules du territoire antérieur et du territoire externe ou axillaire (deuxième parabronche externe) de ce lobe. Dans le *lobe inférieur* enfin, pédicules du sommet de ce lobe ou zone dorsale moyenne, des territoires : dorsaux inférieurs, ventral inférieur, infracardiaque et latéro-basal.

Le cathétérisme simultané de deux pédicules bronchiques est possible comme le montrent des clichés projetés où l'on voit deux sondes évoluant ensemble l'une vers la zone apicale, l'autre vers la zone externe du lobe moyen ou chez un second sujet vers la zone apicale et la zone infracardiaque.

Notes sur l'action locale et générale de la pénicillothérapie endobronchique des abcès pulmonaires. — MM. Ch. MATTEI, M. TRISTANI, A. BARBE (Marseille).

Au point de vue pulmonaire :

1° Les auteurs insistent sur le contraste entre l'action si nette de la pénicilline par voie générale contre les foyers pulmonaires « non limités » du type pneumonie et son échec contre les foyers « limités, collectés » du type abcès nécessitant pour guérir des instillations endobronchiques exactement appliquées ;

2° La pénicillothérapie générale a pour les auteurs un rôle évident de prémunition ;

3° Les auteurs attribuent à la rétractilite pulmonaire un rôle important dans le mécanisme des résultats favorables que la pénicilline endobronchique déclenche par son pouvoir antibiotique et peut-être par son action sur la vie neuro-végétative du parenchyme pulmonaire.

Au point de vue général :

L'amélioration si remarquable de l'état général des malades et notamment leur embonpoint survenant rapidement chez des sujets souvent cachectiques au début du traitement, pose pour les auteurs la question de savoir si ces résultats ne seraient pas liés à l'action favorable du remède sur le poumon : organe à rôle primordial dans le métabolisme des lipides et d'autres substances alimentaires.

La localisation des abcès pulmonaires et leur traitement par les instillations endobronchiques de pénicilline. — MM. Ch. MATTEI, M. TRISTANI, M. MÉTRAS, A. BARBE (Marseille). — Les abcès observés dans 75 cas frappaient de préférence certaines zones. Le plus souvent la zone dorsale supérieure (40 %), puis la zone antéro-interne du lobe moyen à droite ou lingula à gauche (15 %), la zone apicale (13 %), la zone dorsale moyenne (13 %). Pour les autres zones réunies : 19 %.

La technique des instillations, grandement facilitée par l'anesthésie locale à la pantocaïne est réalisée avec bronchoscope, sous contrôle radiologique face et profil. Son meilleur guide est la connaissance précise des itinéraires bronchiques dont les auteurs ont projeté les aspects radiologiques dans leur communication précédente. Ils ont pratiqué plus de onze cents cathétérismes sans incident notable.

Le traitement utile comporte 4 à 12 instillations (une tous les deux jours) de 50.000 ou 100.000 unités de pénicilline dans 20 cc. de sérum tiédi. Il ne faut pas craindre de prolonger le traitement et même de faire des instillations quotidiennes, très bien supportées, pour les cas graves. Le traitement d'entretien prévient et guérit les rechutes possibles.

Seules les instillations de pénicilline déclenchent la guérison que la pénicilline par voie générale ne peut que favoriser.

La question du lait pasteurisé en France. — M. GUITOUNEAU.

Un centre moderne d'hygiène infantile. — M. Hugo BIANCANI présente l'œuvre « Lumière et Santé », fondée à Paris en 1926. Depuis 20 ans, il a suivi plus de 3.000 enfants pendant toute leur scolarité et il peut montrer l'intérêt, pour la médecine préventive, des centres d'hygiène infantile et d'éducation familiale travaillant en étroite liaison avec les écoles.

Election du vice-président. — M. BRUMPT, vice-président pour 1946, ayant donné sa démission pour raisons de santé, l'Académie a dû le remplacer.

M. Justin JOLLY, professeur honoraire au Collège de France, secrétaire général de la Société de biologie, membre titulaire de l'Académie de Médecine, membre de l'Institut, a été élu à l'unanimité (1 bulletin blanc).

M. Joly remercie en quelques mots émus ses collègues, puis le président Rouvillois le prie de prendre place au bureau et lui exprime, en termes heureux, les sentiments d'estime et d'admiration de tous.

SÉANCE DU 16 JUILLET 1946

Rapports. La transmission des maladies contagieuses par les livres. — M. TANON, au nom de la Commission d'hygiène, conclut que la transmission des maladies infectieuses par les livres est bien moins fréquente qu'on ne l'a dit, avec les livres à papier lisse qu'on emploie actuellement. Les expériences de MM. Bezançon et Lesné ont montré qu'on n'y retrouvait qu'exceptionnellement le bacille de la tuberculose. La désinfection des livres n'est à recommander que dans les cas de variole, tuberculose, scarlatine et diphtérie.

Contrôle de l'efficacité des vaccinations antityphoparatyphoïdiques : le test de séro-protection. — M. A BONNEFOI et Mme J. GRABAR. (Présentation faite par M. TRÉFOUËL.)

Sur certaines des conditions qui président aux échanges sélectifs des capillaires au cours des chocs. — M. MALMÉJAC apporte divers résultats expérimentaux sur les mécanismes de constitution de l'œdème cutané au cours des chocs locaux et sur les modifications de la perméabilité des capillaires aux protéines pendant les chocs histaminiques.

Election. — M. Louis RAMOND est élu membre titulaire dans la 1re section (Médecine et spécialités médicales).

***

La réforme du règlement. — Un important *comité secret* a été consacré à l'examen du nouveau règlement proposé à l'Académie par sa commission spéciale.

Ce projet comprend notamment la création d'une section de membres non résidents rattachés à l'une des autres sections suivant leur spécialisation.

Les associés nationaux existant actuellement constitueront la nouvelle section.

Les membres titulaires empêchés de siéger depuis un an pour raisons de santé ou d'éloignement, seront nommés *membres émérites*, conserveront toutes leurs prérogatives, mais leur place sera déclarée vacante.

Enfin le secrétaire général reprendra le titre de secrétaire perpétuel, en usage dans toutes les académies et qui existait depuis la fondation de l'Académie jusqu'en 1921.


OXYURYL


VIOLET DE GENTIANE


UNE FARINE
véritablement
MALTÉE
La Farine SALVY subit en cours de préparation, et sous le contrôle d'un pharmacien, une action diastasique effective. Les éléments amylacés sont en grande partie transformés en sucres solubles, maltose et dextrines.
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MÉMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIÉTÉTIQUE INFANTILES.
*Farine DIASTASÉE
SALVY
Préparée par BANANIA
ALIMENTATION DU NOURRISSON


"DIVINUM EST OPUS SEDARE DOLOREM"
HOMOPAVINE
PLUS ACTIVE QUE LA
MORPHINE
MIEUX TOLÉRÉE QUE L'
OPIUM
pas de constipation
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
AUX
LABORATOIRES DAUSSE, 4, RUE AUBRIOT, PARIS, 4e

Séance du 23 juillet 1946

Notice nécrologique. — M. Tréfouël donne lecture d'une notice sur Louis Martin.

La pression sanguine chez le cheval. — M. Desliens expose les résultats de la mensuration de la pression sanguine sur le cheval. Il donne un aperçu des notions qu'elle révèle en physiologie normale.

Circulation sanguine. — Le même auteur fait une seconde communication sur les contractions musculaires et la circulation sanguine. Il étudie le rôle des valvules veineuses.

La paralysie dans l'intoxication curarique et la maladie de Heine-Medin. — MM. Bierry et Husset.

Reticulo-endothélioses, scléroses et tumeurs conjonctives expérimentales. — M. Mosinger.

Etude de l'élimination de l'iode chez les sujets atteints d'états basedowiens et de troubles neuro-végétatifs. — M. Guy Laroche met en évidence une augmentation spontanée de l'iode chez les basedowiens et chez les sujets porteurs ou non de goitre et atteints de troubles neuro-végétatifs.

L'épreuve de l'iodure provoquée après injection d'iode montre que l'élimination d'iode est plus forte que normalement chez les sujets atteints de troubles neuro-végétatifs avec ou sans goitre et chez des basedowiens opérés ou irradiés. Au contraire, le bilan iodé est fortement négatif chez les basedowiens non traités.

Tous ces malades forment une même famille pathologique dont le caractère commun est un trouble particulier de l'équilibre iodo-régulateur consistant essentiellement en une difficulté plus ou moins accentuée de retenir l'iode. Lorsque le trouble de la régulation iodée devient intense, dans les cas de Basedow grave, il entraîne une inversion du tout après surcharge iodée par suite de la carence iodée secondaire.

Ces affections-troubles neuro-végétatifs avec ou sans goitre Para, Basedow, apparaissent donc comme les anneaux assez artificiellement séparés d'une même famille, formant une chaîne continue des plus bénins aux plus graves.

Sur la lymphopénie consécutive à l'injection intraveineuse d'adrénaline. — MM. Malmejac, Chardon et A. Gros.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 31 mai 1946

Un cas d'asthme fébrile et hémoptoïque lié à un catarrhe bronchique étendu. — MM. Benda, Paillas et Cartier signalent :

1° Le contraste entre les lésions révélées par la bronchoscopie et l'absence de toute anomalie radiologique ;

2° L'influence de la sulfaguanidine sur le début des crises ;

3° Les modifications de la muqueuse bronchique au cours des crises dyspnéiques.

Psychoses graves après sulfamidothérapie. — MM. Caro et Charlier. — Observation de psychoses graves survenues après sulfamidothérapie accompagnées deux fois par des injections de propidon et après incubation de huit jours.

Cachexie de Simmonds. Crises d'hypoglycémie. Essai de l'alloxane. — MM. Célice, Grossiord et Guérin. — Variations de la glycémie au cours d'une cachexie de Simmonds avec réaction albumino-cytologique du liquide céphalo-rachidien et épisodes de coma. Amélioration certaine par injections sous-cutanées d'alloxane (5 gr. par jour). Augmentation de poids, reprise de l'appétit et de l'activité physique.

Syndrome infundibulo-hypophysaire complexe réalisant le tableau de la cachexie de Simmonds. Polyurie insipide. Crises d'hypoglycémie spontanée. — MM. Célice, Puech, Grossiord et Buvat. — Une malade, réglée tardivement, voit ses règles cesser à 30 ans. Son amaigrissement apparaît. Survenue trois ans plus tard d'une cachexie de Simmonds avec crises de coma de cause hypothétique. A signaler certaines particularités cliniques. Absence de sueurs au cours des paroxysmes hypoglycémiques, battements pendulaires des yeux au cours du coma complet, contracture des membres en hyperextension.

Pneumectomie (Maurer et Mathey) pour tuberculome. — M. Even, Lecœur et Vermeil. — Observation d'un garçon de 17 ans, suivi pendant 18 mois pour une tumeur juxta-médiastinale gauche latente, dont la nature tuberculeuse fut confirmée par inoculation au cobaye. Quelques crachats hémopurulents avec bacilles indiquèrent l'existence d'une fissure bronchique. Ces

signes posèrent l'indication d'une pneumectomie réalisée en deux temps — à signaler, en des cas semblables, les risques d'une ponction exploratrice, qui sont faibles en rapport avec les renseignements qu'ils apportent. Il est certain que des complications sont à redouter, mais qu'elles méritent d'être courues dans les formes de tuberculose rebelle.

SÉANCE DU 7 JUIN 1946

La réaction d'hyperglycémie provoquée dans les hypoglycémies spontanées. — M. MAHOUDEAU estime que pour déceler l'origine de l'hypoglycémie, il faut tenir compte :
1° Du taux initial de la glycémie plus ou moins abaissé ;
2° De l'intervention du syndrome nerveux végétatif.

Nanisme, troubles du fonctionnement rénal et rachitisme chez un enfant soumis à l'action du radium au 3e mois de la vie intrautérine. — M. LAMY, Mlle JAMMET et M. PALEY. — Observation d'un enfant nain, microcéphale, arriéré dont la mère avait subi au troisième mois de la grossesse une application intrautérine de radium. A 3 ans 1/2, apparition d'un rachitisme important qui guérit sous l'influence de la vitamine D à hautes doses, d'où l'intérêt d'étudier le fonctionnement rénal des enfants soumis pendant la vie intrautérine à l'action du radium ou des rayons X.

Syndrome agranulocytaire transitoire après aminothiazol. — M. LAYANI. — Observation d'une malade atteinte d'un Basedow léger, qui reçut des doses modérées d'aminothiazol et qui, au début du traitement, présente une température de 39°. Nouveaux accès fébriles après nouvelles prises de médicament. La ponction sternale montra une moelle riche en cellules, d'où abstention du traitement. Ce doit être une susceptibilité individuelle.

Syndrome de Dercum. Apparition simultanée de multiples signes hypophysaires dont une acromégalie fruste. — M. DE GENNES, BRICAIRE et DURUPT. — Syndrome de Dercum typique avec, au début, signes hypophysaires. Le malade a dû présenter un hyperpituitarisme transitoire. Ce fait plaide en faveur de l'origine hypophyso-tubérienne du syndrome de Dercum.

Néphrite mercurielle à forme polyurique. — MM. POLLET, CHÉRAMY, GAULIER et BORY. — Cas d'intoxication mercurielle aiguë volontaire avec polyurie d'emblée et durable (2 et 3 litres par jour) malgré des signes de néphrite. Les auteurs préconisent l'emploi d'une solution glycosée à 5 % dont l'injection veineuse ne doit pas être pratiquée trop lentement.

Septicémie streptococcique traitée par la sulfaméthyldiazine. Agranulocytose. Traitement par la pénicilline. Guérison. — MM. DUVOIR, POLLET, GAULTIER et WOIMANT. — Cas de streptococcémie traitée sans succès par la sulfaméthyldiazine puis par la pénicilline et qui se compliqua d'une agranulocytose absolue qui guérit par les transfusions et des nucléotides pentosiques associées à la pénicilline.

Pénicilline en aérosols dans les suppurations pulmonaires. — MM. BENDA et GALBY. — Il paraît constant que la pénicilline sous forme d'aérosol a une action très efficace. A ce propos les auteurs citent 2 cas d'abcès du poumon dans lesquels cette méthode fut très efficace.

SÉANCE DU 14 JUIN 1946

Suppurations pulmonaires et pénicilline. — M. WEISMANN-NETTER insiste sur la nécessité de doses suffisantes dès le début du traitement. Il signale la possibilité d'une action à retardement et déclare que la pénicilline est insuffisante quand le drainage de la collection se fait mal.

Cancer primitif de la plèvre du type fibro-sarcomateux à évolution rapide. — MM. GERMAIN, CHERTIN et AURÉCAN.

Note sur les séquelles veineuses des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes. — M. BRELET (Nantes). — Sur 29 séquelles de fièvres typhoïdes contractées par des soldats, en 1914 et 1915, celles des phlébites des membres inférieurs furent les plus fréquentes (18 cas) et elles aboutirent à une invalidité élevée.

Emphysème bulleux pulmonaire au cours de l'évolution d'une staphylococcie maligne de la face. Néphrite subaiguë Infection d'une bulle. — MM. DROUET, HERBEUVAL et FAIVRE (Nancy).

Sciatiques radiculaires L5 et sciatiques radiculaires S1 : fondement d'un diagnostic clinique. — MM. DE SÈZE, GUILLAUME et BOULARD. — On pourrait, d'après les auteurs, localiser une sciatique, en se fondant : 1° sur les réflexes achilléens ; 2° sur l'analyse topographique des troubles sensitifs ; 3° sur la recherche du siège de la douleur vertébrale provoquée ; 4° sur la radiographie vertébrale simple.

Séquelles d'artérite oblitérante d'origine typho-exanthématique. Amélioration spectaculaire sous l'influence de perfusion intraveineuse de NaCL en solution hypertonique. — MM. GILBERT-DREYFUS, ZARACHOVITCH et STERBOUL. — Observation d'une artérite posttyphique, survenue en Allemagne, chez un déporté, qui devint un infirme confiné au lit. On put obtenir, un an après les accidents, une transformation de l'état fonctionnel sous l'influence de perfusions chlorurés sodiques. Le malade fut pratiquement guéri. Disparition des douleurs, récupération de la mobilité des orteils.

Forme pulmonaire d'une maladie de Besnier-Bœck-Schaumann avec bulles d'emphysème. — MM. PRUVOST et DEPIERRE. — Le diagnostic de cette maladie fut fait par une biopsie de tuméfaction siégeant sur un doigt. Il y aurait eu un mal de Pott dans les antécédents. A la radio on constata des opacités non homogènes symétriques des poumons qui avaient été prises pour des lésions tuberculeuses, malgré l'absence de bacilles. Au milieu des opacités pulmonaires on constata des cavités qui devaient être des bulles d'emphysème.

Pneumectomie totale pour tuberculose multicavitaire étendue. — MM. PRUVOST, MAURER, MATHEY, BRINCOURT et COUINAUD. — Observation d'une malade de 17 ans, atteinte de tuberculose du poumon droit avec caverne géante occupant le lobe supérieur dans sa moitié antérieure. Un pneumothorax put être créé et amener une détente notable. Une pneumectomie totale fut pratiquée en profitant du décollement du poumon. Ce cas de pneumectomie totale est la première intervention de ce genre faite en France pour des lésions tuberculeuses cavitaires.

Ictère émotif. — M. RAVINA. — Observation d'une femme qui, à la suite d'une émission radiophonique qui l'avait terrifiée, présenta des troubles digestifs immédiats, suivis d'un ictère catarrhal rapidement curable. La radiographie ne montra pas de calculs.

INFORMATIONS

Prix de thèse (1944-1945)

MÉDAILLE D'ARGENT. : MM. J. Alison, P. Arnaud, R. Bastin, J. Bauchart, J. Baudon, M. Baudoux, J. Berrod, M. Bischoff-J. Bonvallet, A. Brault, J. Caine, P. Capron, Carageorgiadès, J. Bonvallet, A. Brault, J. Caine, P. Capron, J. Castel, J. Catta, R. Chateau, H. Chiche, L. Choay, J. Courjaret, A. Dequirot, Mlle F. Ducamp, MM J. Duché, P. Favreau, P. Galmiche, V. Gérard-Deprez, F. Gérardin, A. Girves, M. Goury-Laffont, J. Grimault, Mme M. Guillaume (née Lassery), MM. G. Guiot, H. Henrot, E. Joinville, A. Kepes, Mlle V. Köö, MM. C. Laroche, J. Lerique, J. Loubrieu, J. Martin, J. Mignot, G. Mouton, Mme M. Offret (née Philbert), Mlle H. Périchon, MM. R. Pluvinage, H. Raynaud, A. Remond, A. Rometti, J. Rousset, B. Roy, P. Schaeffer, E. Sortais, J. Soulier, R. Touchard, S. Vassi, C. Verriez, G. Vigoureux, R. Weissenbach, M. Zarachovitch.

MÉDAILLES DE BRONZE. — MM. M. Aurégan, A. Baron, G. Boitelle, M. Boiteux, E. Bonnaud, Mme R. Brillard (née Eustache), MM. G. Bureau, P. Chavaillon, Mme Cournot (née Marquès), MM. J. Courtin, G. Gorganian de Gorganoff, R. Delarue, G. Deltour, A. Desjardin, J. Donnars, H. Dubois, A. Duprey, F. Emile-Zola, P. Fournier, A. Galistinos, dit Galistin, F. Ghezzi, J. Gies, J. Godlewski, C. Goujon, L. Guéret, J. Guilhem, E. Guillerm, J. Haguet, J. Hardillier, M. Herry, J. Huc, J. Hug, A. Joannes, Mme S. Kepes (née Broydo), Mlle C. Laprade, Mlle M. Lécrivain, M. L. Le Minor, Mlle G. Letard, Mme H. Leulier (née Barrat), Mlle R. Levin, dite Levina, MM. M. Malégue, F. Malet, R. Milon, E. Perol, A. Piton, P. Prudhomme, H. Raulin, R. Tagliante-Saracino, A. Rouault de la Vigne, P. Viau, M. Wallet.

MENTION HONORABLE : Mlle A. Aboulenc, Mlle F. Boinet, MM. G. Dieckmann, S. Fischgrund, C. Maignan, R. Maillard, Meyer, Puig, H. Roddier, P. Voyeux.

Facultés de province

Alger. — Institut d'Hygiène et de Médecine coloniale de l'Afrique du Nord : Les enseignements en vue de la préparation aux diplômes délivrés par l'Institut auront lieu pendant l'année scolaire 1946-47, pendant les périodes ci-après :

Diplôme de microbiologie : Du 14 octobre au 16 novembre 1946. Examen du 18 au 20 novembre.

Diplôme supérieur d'hygiène scolaire et universitaire : Du 14 octobre au 16 novembre 1946. Examen du 18 au 20 novembre 1946.

Diplôme d'hygiène et médecine d'outre-mer : Du 6 janvier au 28 février 1947. Examen du 3 au 5 mars 1947.

Diplôme supérieur d'hygiène et épidémiologie : Du 3 mars au 17 mai 1947. Examen du 19 au 21 mai 1947.

Diplôme d'hygiène et médecine du travail : Du 3 mars au 17 mai 1947. Examen du 19 au 21 mai 1947.

Bordeaux. — M. Piéchaud, agrégé, est nommé, à compter du 1er janvier 1946, professeur titulaire de la chaire d'hygiène (dernier titulaire, M. Leuret).

Montpellier. — MM. Claude Romieu et Alfred Campo ont été, après concours, nommés chefs de clinique chirurgicale. M. Marchal a été nommé prosecteur.

Toulouse. — La chaire de médecine légale et déontologie (dernier titulaire, M. Morel, transféré), est déclarée vacante. (J. O., 20 juillet.)

Légion d'honneur. GRANDE CHANCELLERIE

OFFICIER. — Docteur Roussel de Vauvilliers, maire adj. honoraire du 7e arrondissement.

CHEVALIER. — Docteur Gobert, directeur honoraire de l'Hygiène à Tunis.

ARMÉES

COMMANDEUR. — Méd. de 1re cl. Roche, méd. lieut.-col. Robert Debré, méd. gén. insp. Arène, méd. col. Thomas (L. A.), méd. gén. Baudet, méd. gén. insp. Vaucel et Guirriec.

OFFICIER. — Méd. cap. Richier, méd. lieut. Chailley-Bert, Dr Marsault, professeur Charles Richet, méd. comm. Brunel, méd. général Debenedetti, pharmacien général C. S. C. Ferre, méd. col. Brouard, Blanc, Villard, Le Guillas, Bonneterre, Tuaillon, Le Mer, Géral, Lauzerain, Fontaine, méd. comm. Lautmann, pharmacien col. Debord, méd. col. Bidot, Bernier, Bajolet.

CHEVALIER. — Médecins de l'armée métropolitaine, MM. Collin, Gosse-Gardet, Bernier, Raymond, Demonet, Créancier, Henry, Le Renaid, Coutié, Icart, Baroni, Riou, Vaudin, André, Ducourau, Siegfried, Friess, Montane, Reynaud, Laurens, Cournand, Dieterich, André, Thiodet, Metzger, Forgeron.

Médecins de l'armée coloniale : MM. Renaud, Kerforne, Moreau, Castets, Cavalade, Maria, Le Febvre, Boutareau, Dareys, Pieraggi Legrosdidier, Bellocq-Lacoustete, Ceccaldi.

CHEVALIER. — Méd. cap. Langlais, méd. lieut. François, méd. lieut. Martinot-Hoffmann, méd. cap. Netik, méd. s.-lieut. Touboul, méd. lieut. Crouzet et Fructus, méd. comm. Normand, méd. lieut. Ragot, méd. cap. Suzanne Vallon, méd. cap. Dupuy et Maduro, méd. cap. Bohn (A.), méd. comm. Couinaud, méd. lieut. Flesch, méd. cap. Jeune, méd. comm. André Meyer, méd. cap. Brunet, méd. cap. Gallet, méd. comm. Clerc, méd. cap. Joly (F. G. A.), méd. comm. Riche, méd. lieut. Colette Clément.

CHEVALIER (à titre posthume). — Dr Marietta Martin, méd. lieut. Mairesse, méd. lieut. Clais, méd. cap. Faure, méd. lieut. Gilbert-Desvallons, méd. comm. Nouaille-Degeorge, méd. s.-lieut. J. L. J. Bongard, méd. aux. Raymond Massit.

Médaille militaire

Méd. aux. Claude Viallet.

Médaille militaire (à titre posthume)

Méd. aux. Cristau (J. L.).

Citations à l'ordre de l'armée

Méd. aux. J. C. Marsan, Dr Térisse, médecin de l'Assistance médicale, à Hué.

Médaille des Evadés

Médecin général Debenedetti.

Médaille de la Résistance française

Méd. cap. Raymond Delard, dit Dodge, méd. de 1re cl. Guy-Georges Bourcart, méd. cap. Pol Péchenart, méd. s.-lieut. Yves J. M. Ciampi, méd. cap. Eric Estrabaud, René Gestat, méd. comm. Georges Laurent, méd. cap. Georges Frechinos, méd. lieut. Pierre Blayac, méd. comm. François Renard, méd. cap. Léon Bloch et J. E. Causse, méd. lieut. Pierre Millet, méd. cap. H. Thibaireng, Dr Jean Elie Nicolas, méd. lieut. Roger-Jean Mouledous, méd. aux. H. Gauch, dit Laroche, méd. lieut.-col. R. P. Marcade, méd. lieut. Pierre Weber, méd. comm. A. Baisset, Robert Roger, René Wibaux, J. J. Goy, méd. cap. Henri Ollivier, J. Graber, R. E. Poulet, J. Calvet, Paul Dambrin, pharm. cap. Pierre Hesse, méd. lieut. H. Gradon, Ch. Socquet, F. Blavin, Houissou, L. F. Charivaux, Robert Cros, R. P. Ficat, Yves Laporte, dentiste lieut. L Terriat, pharm. lieut. Jean Dorbes, méd. lieut.-col. J. Ceccaldi, Dr Jean Desfranais (à titre posthume).

Médaille d'honneur des épidémies

VERMEIL. — Méd. cap. André Bohn.

BRONZE. — Méd. lieut.-col. Rouget, méd. comm. Croslebailly, méd. 1re cl. marine Bazil, méd. lieut. Pellegrini, élève école service de Santé Bollet.

Marine

M. le médecin en chef de 1re classe Galiacy a été promu au grade de médecin général de 2e classe.

Education nationale

Hygiène scolaire. — M. le Dr Ruff, médecin inspecteur de la Santé est délégué, à titre provisoire, dans les fonctions de médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Caen.

Commission des thèses. — Il est institué une commission chargée d'examiner les thèses, travaux scientifiques ou médico-sociaux se rapportant à l'hygiène scolaire et universitaire.

Des postes de médecins examinateurs scolaires à temps plein et des postes de médecins délégués chargés de coordonner l'inspection médicale scolaire à l'échelon départemental seront très prochainement

vacants dans un certain nombre de départements (Seine exclue).

Ces médecins seront engagés par contrat et recevront une rémunération annuelle de l'ordre de 180.000 à 200.000 francs, indemnités non comprises.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire (3e Bureau), 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e).

Santé publique

Médecins consultants de vénéréologie. — M. le professeur Huriez est nommé médecin consultant de vénéréologie de la région de Lille en remplacement de M. le professeur Bertin, démissionnaire.

Travail

Médecins-conseils. — Le J. O. du 7 juillet a publié un arrêté relatif aux conditions d'organisation de l'enseignement de perfectionnement des médecins-conseils stagiaires de la Sécurité sociale.

XIIe Congrès de l'Association Française d'Urologie

Le Congrès aura lieu à Paris, à la Faculté de Médecine, du 7 au 11 octobre 1946.

Séance d'ouverture, le 7 octobre, à 16 heures. Rapport sur « Les résultats de la néphrostomie », présenté par le professeur Auvigne (de Nantes) et le Dr Viollet (de Limoges).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, Dr Louis Michon, 40, rue Barbet-de-Jouy, Paris (7e).

Les XXes Journées dentaires de Paris (anciennes Journées franco-belges), auront lieu du 21 au 24 novembre 1946, Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière.

XIIe Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française

Ce Congrès se tiendra à Paris les jeudi 3, vendredi 4 et samedi 5 octobre 1946, sous la présidence du professeur V. Le Lorier.

Ordre du jour :

1° Les hémorragies ovariennes libres ou enkystées.

Rapporteurs : A. En dehors de la grossesse, MM. Mocquot et Musset, de Paris. — B. Grossesse ovarienne, M. Keller, de Strasbourg.

2° Du rôle de l'obstétricien dans l'accouchement « dit normal ».

Rapporteurs : A. M. Gosselin, de Liége. — B. Analgésie et anesthésie, MM. Snoeck et Roemens, de Bruxelles.

3° Etiologie des avortements spontanés en dehors de la syphilis.

Rapporteur : M. Rochat, de Lausanne.

4° De l'organisation régionale de l'obstétrique.

Rapporteurs : MM. Lantuéjoul, Merger et Chomé, de Paris.

Une séance sera réservée aux communications n'ayant pas trait à ces rapports.

Pour tous renseignements, s'adresser au Dr Lacomme, 81, rue des Saints-Pères, Paris (6e), secrétaire général du Congrès.

Le Comité National de l'Enfance prépare, pour l'année 1946-1947, sous la présidence du Dr Lesné, membre de l'Académie de Médecine, une importante série de conférences d'information touchant la mise au point de la législation sociale de l'enfance.

Le Comité National de l'Enfance a pensé demander à des hommes compétents, maîtres en la matière, qui ont été le plus souvent mêlés à l'élaboration des lois ou de leurs règlements d'application, de traiter, en un exposé synthétique, tout ce qui, du point de vue législatif, se rapporte à un des sujets suivants : Population, Natalité, Immigration, Protection sociale, Mère et enfant, Adoption, Enfance préscolaire, Scolarité, Apprentissage, Orientation professionnelle, Enfance déficiente, Enfance délinquante, Services sociaux, Lutte contre les fléaux sociaux : tuberculose, syphilis et alcoolisme.

Dès la rentrée d'octobre, le Comité National de l'Enfance publiera la liste de ces conférences, qui auront lieu à son siège social, 51, avenue Franklin-D.-Roosevelt, Paris (8e).

La Société des Amis des Hôpitaux libres de France a tenu, le 24 juin 1946, à l'Institut Prophylactique, 36, rue d'Assas, à Paris, sa séance de fondation sous la présidence du Dr Arthur Vernes.

Le Comité d'honneur comprend dès maintenant S. E. le cardinal Liénard (de Lille), S. E. A. Veiga Simoes, ministre du Portugal, M. Paul Claudel, M. René Leriche, M. Daniel-Rops, M. Justin Godard, Amiral Lacaze, M. Louis Mourier, M. Jean Rostand, MM. Marius et Ary Leblond, M. Pierre Jourdan, M. René Biot.

Le Conseil d'administration est ainsi composé : M. Brandenberger, président ; Dr Marc Iselin, vice-président ; MM. Maurice Delort, J.-A. Huet, Frank Viala, secrétaires généraux ; M. Gaston Vandamme, trésorier ; M. Maurice Garçon, conseil juridique ; M. le baron de Navacelle, M. Jean Aube, membres.

Le cinquantenaire de la maison Hoffmann-La Roche a été récemment célébré à Bâle. De nombreux savants suisses ont apporté leurs félicitations à la grande fabrique bâloise et fait l'historique de son développement qui est lié à tous les progrès de la thérapeutique moderne.

Cours

Cliniques Baudelocque et Tarnier (professeurs : Lévy-Solal et Lantuéjoul). — Cours de vacances du 2 au 28 septembre, comprenant un stage clinique, des leçons de pathologie obstétricale et des leçons de technique opératoire.

Droits : Etudiants, 250 francs ; docteurs en médecine, 500 francs.

Inscriptions limitées à 80. S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4).

Clinique de la Tuberculose, Laënnec (professeur Etienne Bernard). — Un cours en vue de l'examen d'aptitude aux fonctions de médecin des services antituberculeux publics et privés sera fait du 14 octobre au 23 novembre 1946. Ce cours s'adresse également aux médecins et aux étudiants désireux de revoir, en un cycle complet, les notions récentes cliniques, thérapeutiques, sociales et administratives concernant la tuberculose. Des stages cliniques, avec interprétation de clichés radiographiques, auront lieu le matin, dans les services de Phtisiologie. Les leçons auront lieu l'après-midi, de 16 à 17 heures et de 17 à 18 heures, à la Salle des Conférences de la Clinique.

Inscription (1.000 francs), au secrétariat de la Faculté de Médecine. Un certain nombre de bourses et de remboursements de droits d'inscription seront accordés par le Comité national de défense contre la tuberculose, 60, boulevard Saint-Michel. Adresser les demandes avant le 30 septembre 1946.

Ce cours sera suivi, du 25 novembre au 7 décembre 1946, d'un cours et de travaux pratiques sur « Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose ». Inscription (1.000 francs, nombre limité. Pour l'ensemble des deux cours : 1.500 francs) au secrétariat de la Faculté de Médecine.

Mariages

Le Dr A. Courcoux, membre de l'Académie de médecine et Mme A. Courcoux, font part du mariage de Mlle Geneviève Courcoux, leur fille, avec M. Jean Mandon, ingénieur des Arts et Manufactures. Paris, le 16 juillet 1946.

Le baron Dupin de Lacoste, secrétaire général du Syndicat des journaux médicaux français, et la baronne Dupin de Lacoste, font part du mariage de leur fille, Mlle Sabine Dupin de Lacoste, avec le comte Christian de la Fléchère-Beauregard. Paris, 6 juillet 1946.

Le Dr Louis Bazy, membre de l'Académie de Médecine et Mme Louis Bazy font part du mariage de Mlle Jacqueline Bazy, leur fille, avec M. Guy de Saint-Pulgent. Paris, 12 juillet 1946.

Le docteur Gimbert (de Cannes), annonce le mariage de son fils, Jean-Pierre, avec Mlle Yvonne Court, et celui de son fils, Jean-Louis, externe des hôpitaux de Paris, avec Mlle Elisabeth Prot.

Nécrologie

Le Dr Charles Marx, ministre de la Santé publique du grand-duché de Luxembourg est mort, ainsi que sa femme, dans un accident d'auto survenu en France, à Meaux. Ancien membre du Comité médical de la Résistance, il était médecin commandant de réserve dans l'armée française.

— Le Dr Louis Nattan-Larrier, ancien interne des hôpitaux, professeur honoraire au Collège de France, officier de la Légion d'honneur. Nous prions son fils, M. Claude Nattan-Larrier, avocat à la Cour d'appel, de recevoir l'assurance de nos vives condoléances.

— On annonce la mort de Mme Paul Braine, mère de notre confrère et ami le Dr Jean Braine, chirurgien des hôpitaux de Paris, que nous assurons de nos sentiments d'affectueuse sympathie.

INTERETS PROFESSIONNELS

Conseil National de l'Ordre des Médecins Protocole d'accord entre le Conseil National de l'Ordre et la Confédération des Syndicats médicaux

Le Conseil national de l'Ordre des médecins et la Confédération des Syndicats médicaux français viennent de signer un protocole d'accord dont voici le texte intégral :

Les soussignés : M. le Pr Portes, président du Conseil national de l'Ordre et M. le Pr Marquis, président de la Confédération des Syndicats médicaux français, ont l'honneur de porter à votre connaissance les termes de l'accord intervenu entre le Conseil national de l'Ordre et la Confédération des Syndicats médicaux français, sous l'égide de M. le ministre de la Santé et de la Population en vue du règlement de diverses questions communes.

Le Conseil national et la Confédération ont en conséquence décidé des mesures suivantes :

1° Les deux organismes s'engagent à maintenir entre eux tous les contacts que nécessite l'intérêt général de la profession ;

2° L'ordre, suivant ses attributions légales, veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de Déontologie prévu à l'article 66 de l'ordonnance du 24 septembre 1945.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Il peut organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite pour ses participants.

Défenseur de l'indépendance de la profession dans son ensemble comme de l'indépendance de chaque médecin, l'Ordre a pouvoir de se faire communiquer tout contrat individuel relatif à l'exercice de la profession (art. 67 de l'ordonnance du 24 septembre 1945). Les contrats collectifs, ou conventions collectives, sont du ressort exclusif de la Confédération des Syndicats médicaux français.

La Confédération des Syndicats médicaux français s'engage à porter à la connaissance de l'Ordre, bénévolement, avant signature, pour avis, ces contrats ou conventions établis nationalement ou départementalement.

L'Ordre s'engage à la réciprocité de cette mesure.

Aucune publicité ne sera donnée à ces documents avant leur diffusion par l'organisme signataire ;

3° L'Ordre et la Confédération étudieront en commun, par le moyen de commissions mixtes, les questions qui ne ressortissent pas directement à l'article 19 de l'ordonnance du 24 septembre 1945 et qui sont le privilège légal de l'Ordre, ni à l'application des lois médico-sociales ou aux questions purement matérielles qui ressortissent aux Syndicats.

Ces questions seront par exemple : réforme de l'enseignement, qualification du spécialiste, etc.

4° La distribution des produits contingentés et du matériel professionnel ou familial, est confiée aux Syndicats médicaux.

Ces différents produits devant être attribués en toute équité à tous les médecins, qu'ils soient ou non affiliés à un syndicat départemental, les réclamations pouvant se produire sur ce point seraient examinées et réglées en accord avec les bureaux du Conseil national et la Confédération.

Le Président de la Confédération des Syndicats médicaux français :
Pr Marquis.

Le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins :
Pr Portes.

Conseil départemental de l'Ordre des médecins
242, boulevard Saint-Germain, Paris

Le Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Seine :

Déplore la suppression de la Caisse d'allocations familiales des professions médicales, dissoute par décret ministériel, et son remplacement par les Caisses départementales de Sécurité sociale dans la gestion desquelles les professions libérales ne sont pratiquement pas représentées ;

Signale qu'un nombre important d'orphelins vont se trouver privés de ce fait d'allocations complémentaires réparties par cette Caisse (6.000 fr. par an) ;

Demande au Conseil national de l'Ordre les médecins de tout mettre en œuvre auprès des pouvoirs publics, pour élaborer une organisation de la sécurité sociale dans le corps médical, sur le plan national et professionnel.

La Société Centrale de l'Association Générale des Médecins de France, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), communique le vœu suivant adopté par sa commission administrative dans sa séance du 17 juillet 1946 :

Considérant que son programme de réalisations pour la prévoyance, l'assurance et l'assistance en faveur des médecins et de leurs familles, ne lui permet pas de se désintéresser de l'application de la loi des allocations familiales pour les enfants de médecins, ni de l'aide bénévole assurée aux orphelins par la Caisse d'allocations familiales des professions médicales qui fut créée en application de la loi de 1939 dite « Code de la Famille » ;

Considérant que plus de deux millions d'allocations complémentaires viennent d'être versés dans ces derniers dix-huit mois aux orphelins de médecins grâce au fonds d'aide de cette Caisse, aujourd'hui dissoute par arrêté ministériel ;

Considérant que l'organisme qui remplacerait cette Caisse d'après l'ordonnance du 4 octobre 1945 n'est pas de nature à comprendre les besoins particuliers de la famille médicale, ni à prendre en charge le fonds d'aide aux orphelins de médecins :

Et que, par surcroît, l'administration des fonds versés par les médecins serait désormais assurée par une majorité de salariés, avec une représentation très insuffisante des professions artisanales et libérales, en particulier du corps médical ;

Considérant que l'extension prochaine aux médecins et à leurs familles des dispositions de la sécurité sociale devrait être réalisée dans le cadre national et professionnel pour tenir compte de la situation très particulière et des besoins spéciaux que connaissent les médecins ;

Considérant qu'à côté de l'Ordre national et des organismes syndicaux, l'Association générale avait par son long passé et par sa vocation, tous les éléments d'expérience et de gestion pour assurer aux moindres frais et avec le maximum d'efficacité les réalisations de la sécurité sociale pour le corps médical ;

Alerte tous les médecins français pour qu'ils se préoccupent sans délai de tous les moyens utiles pour faire assurer la sécurité sociale dans le cadre professionnel et national ;

Demande à l'Association générale des médecins de France, au Conseil national de l'Ordre des médecins et à la Confédération des Syndicats médicaux français, de tout mettre en œuvre d'urgence pour obtenir des pouvoirs publics :

1° L'abrogation du décret de dissolution de la Caisse d'allocations familiales des professions médicales ;

2° L'organisation de la sécurité sociale sur le plan national et professionnel avec le concours de tous les organismes précités.

Chambre Syndicale des Médecins de la Seine
60, boulevard de la Tour-Maubourg
Paris (7e). Tél. Inv. 65-68.

Dans une réunion de presse tenue le mois dernier, M. le Dr Rouèche, président de la Chambre syndicale, a expliqué comment la fusion de tous les syndicats de la région parisienne constitue la Chambre syndicale des médecins de la Seine. Il insiste sur l'entente complète établie entre l'Ordre et le Syndicat, chacun ayant cependant un rôle particulier.

M. le président Rouèche passe ensuite en revue les questions dont la Chambre syndicale s'est occupée activement. En première ligne, les produits contingentés : voitures, essence, vélos-moteurs et bicyclettes à moteur Solex. Les questions fiscales, celles des assurances sociales, l'étude de la nouvelle nomenclature ont été l'objet d'études spéciales.

Dans tous les domaines lui appartenant, on peut dire que la Chambre syndicale a répondu à ce que les confrères attendaient d'elle.

CHRONIQUE

Au pied du mur

Les très graves scandales du baccalauréat, dévoilés récemment grâce à la droiture d'un professeur d'anglais « incorruptible », prouvent, une fois de plus, que les médecins syndiqués eurent jadis bien raison de demander qu'on rendît à cet examen sa qualité du passé.

Que les examinateurs soient sévères, c'est bien ; mais la sévérité ne sert à rien si les candidats arrivent à se procurer contre quelques billets les sujets des compositions.

Nous avons connu, à l'origine de l'Office du Baccalauréat, des chefs intègres, comme les inspecteurs d'Académie Morellet et Bénaërts, universitaires de haute tradition, qui ne transigeaient pas avec le devoir et avaient une main de fer.

Malgré cela nous croyons savoir qu'ils ont été parfois trahis et que des fuites se produisirent. Il n'est, pour s'en convaincre, que de voir à l'œuvre de trop nombreux étudiants dont l'absence de culture générale est véritablement scandaleuse.

Je sais bien qu'après chaque guerre des mesures justifiées sont prises en faveur des combattants et, cette fois, des Résistants. De nombreuses dispenses ont donc amené une affluence d'étudiants dans toutes les facultés, mais dans tous les concours et dans tous les examens, on a remarqué une baisse inimaginable du niveau des candidats.

Lorsque, en 1924, la Ligue Universitaire de France, dont les présidents étaient Appell et le général Gouraud, entreprit de soutenir la réforme classique de l'enseignement, le recteur Appell me dit, au cours d'une audience à la Sorbonne : « Si la culture générale continue à baisser, dans moins de trente ans, il n'y aura plus de France... »

Grâce au ciel, la France demeure et veut remonter le courant. La Faculté de Médecine a donné l'exemple en renforçant l'insuffisant barrage du baccalauréat et celui du P. C. B. A Paris notamment, il y a eu de véritables hécatombes, en première année, pour éliminer les candidats nettement insuffisants. La sévérité peut être cruelle, elle est devenue nécessaire. Elle devra continuer. C'est d'ailleurs l'avis des étudiants récemment réunis en congrès à Paris.

Mais il est évident que toutes les mesures à retardement ne sont que des demi-mesures. Nous sommes « au pied du mur », l'abaissement général de la moralité impose un redressement total. C'est dès la première jeunesse qu'il faut faire comprendre aux futurs candidats qu'on n'arrive à rien sans travail, sans un travail dur et ingrat et sans une honnêteté qui n'admet aucun « resquillage ».

Maurice Mordagne.

Dépôt légal. — 1946. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 16. — 15 AOUT 1946 — 119e ANNEE — Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

... rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

Abonnements : Un an, France et Colonies, 150 fr. Étudiants, 75 fr.; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux.

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris

Concours de l'internat en médecine 1946. — Le concours s'ouvrira le mercredi 9 octore 1946, à 9 heures, à la salle Wagram (39, avenue Wagram. Métro Etoile ou Ternes).

Inscriptions depuis le jeudi 29 août jusqu'au mercredi 11 septembre inclusivement à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du service de Santé.

Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux. — Le concours s'ouvrira le vendredi 18 octobre 1946.

Inscriptions du jeudi 22 août au mardi 10 septembre 1946 inclusivement, à l'administration centrale.

Concours pour une place de stomatologiste des hôpitaux. — Le concours s'ouvrira le mercredi 30 octobre.

Inscriptions du vendredi 13 septembre au jeudi 3 octobre 1946 inclusivement, à l'administration centrale.

Facultés de médecine

Agrégation

Nominations (suite, voir n° 15, p. 322) :

Section I. ANATOMIE ET ORGANOGENÈSE : MM. Delmas (Paris) Lazorthes (Toulouse), Winckler (Strasbourg), Grisoli (Aix), Latarjet (Lyon), Henry (Aix), Minne (Lille). A titre étranger : M. Hackim.

Section IV. CHIMIE MÉDICALE : MM. Derrien (Aix), Tayeau (Bordeaux), Schapira (Paris), Grangaud (Alger), Valdiguié (Toulouse), Desgrez (Paris), Raynaud (Aix), Benezech (Montpellier).

Section V. HISTOLOGIE : MM. Coujard (Paris), Desclaux (Paris), Mayer (Strasbourg), Legait (Nancy), Picard (Lyon).

Section VI. HYGIÈNE : MM. Deparis (Paris), Boyer (Paris), Sohier (Lyon).

Section VIII. PARASITOLOGIE : MM. Brumpt (Paris), Ranque (Aix-Marseille), Helluy (Nancy).

Section X. PHARMACOLOGIE : M. Cheymol (Paris).

Section XII. PHYSIQUE : MM. Djourno (Paris), Reboul (Montpellier), Mlle Achard (Strasbourg), MM. Marquès (Toulouse), Chechan (Alger).

Section XIII. CHIRURGIE GÉNÉRALE :

Aix-Marseille : MM. Lena et Lamy.

Alger : MM. Vergoz et Liaras.

Bordeaux : M. Laumonier.

Lille : MM. Vandecasteele et Lainé.

Kaboul : M. Letac.

Lyon : MM. Bérard, Desjacques, Trillat et Labry.

Montpellier : MM. Lapeyrie et Joyeux.

Nancy : MM. André et Bertrand.

Paris : MM. Léger, Padovani, Rudler, Huguier, Roux et Merle d'Aubigné.

Strasbourg : M. Forster.

Toulouse : MM. Grimoux, Rieunan, R. Dieulafé et P. Dambrin.

Section XIV. MÉDECINE GÉNÉRALE :

Paris : MM. Kourilsky, Decourt, Lamy, Mauric, Gilbert Dreyfus, Hamburger, Fauvert.

Aix-Marseille : MM. J. Olmer, Vague et Jouve.

Alger : MM. Lévy-Valensin, Manceaux, Raynaud.

Bordeaux : M. Traissac.

Kaboul : M. Boulenger.

Lille : MM. Breton, Linguette.

Lyon : MM. Paul Girard, Vachon, Marcel Girard, Jeune, Brun.

Montpellier : MM. Serre, Chaptal, Antonin Balmes.

Nancy : MM. Jean Girard, Herbeuval, Heully, Pierquin.

Strasbourg : M. Stahl.

Toulouse : MM. Gadrat, Darnaud, Géraud, Dardenne, Laporte.

A titre étranger : M. Maschas.

Section XVIII. NEURO-PSYCHIATRIE : MM. Lafon (Montpellier) Baruk et de Sèze, ex æquo (Paris), Ajuriaguerra (Etr.).

Section XXI. OPHTALMOLOGIE : MM. Offret (Paris), Bessière (Bordeaux), Déodati (Toulouse), Farahmand (Etr.).

Agrégation. Leçon d'une heure

(Suite. Voir « Gaz. Hôp. », n° 15, p. 322)

MÉDECINE GÉNÉRALE

M. Patoir (Lille) : Les ostéites cancéreuses secondaires.

M. Paris (Lille) : Les hémorragies des hépatiques.

M. Mauric (Paris) : Mononucléose infectieuse.

M. Géraud (Toulouse) : Le rein dans la maladie d'Osler.

M. Derot (Paris) : L'amibiase pulmonaire.

M. Gilbert Dreyfus (Paris) : Le scorbut.

M. Lévy-Valensin (Alger) : L'insuffisance ventriculaire.

M. Jean Girard (Nancy) : Cholécystites aiguës.

M. Worms (Paris) : Les abcès non amibiens du foie.

M. Balmès (Montpellier) : Les cancers de la région vatérienne.

M. Herbeuval (Nancy) : Le gigantisme.

M. Fauvert (Paris) : L'hémophilie.

M. Raynaud (Alger) : Formes abarticulaires de la maladie de Bouillaud.

M. Louyot (Nancy) : Les hypertensions d'origine rénale.

M. Heully (Nancy) : Les néphrites hématuriques.

M. Brun (Lyon) : Le sodoku.

M. Linguette (Lille) : Les ictères hémolytiques.

M. Ruffie (Toulouse) : Le rein cardiaque.

(A suivre.)

CHIRURGIE GÉNÉRALE

M. Lainé (Lille) : Les sigmoïdites aiguës.

M. Desjacques (Lyon) : Tumeurs endocriniennes de l'ovaire.

M. Mathieu (Lyon) : Les artérites chroniques oblitérées des membres inférieurs.

M. Grimoux (Toulouse) : Tumeurs mixtes de la parotide.

M. Baumann (Paris) : Hernie diaphragmatique post-traumatique.

M. Léger (Paris) : Tumeurs malignes des testicules.

M. Laumonier (Bordeaux) : Kystes du mésentère.

M. Marachi (Etr.) : Fractures de l'extrémité inférieure du fémur.

M. Boudreau (Paris) : Le cancer de l'angle gauche du colon.

M. Lucciani (Aix) : Volvulus du cæcum.

M. Poilleux (Paris) : Corps étrangers articulaires.

M. Labry (Lyon) : Plaies du cœur par projectiles.

M. Dambrin (Toulouse) : La conservation

de la fonction sphinctérienne dans l'exérèse du cancer du rectum.

M. Bérard (Lyon) : Empyémes chroniques non tuberculeux.

M. André (Nancy) : Le traitement du cancer du sein.

M. Rudler (Paris) : Tumeurs métastatiques épithéliales des os.

M. Trillat (Lyon) : Péritonites à pneumocoques.

M. Rieunau (Toulouse) : Kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires.

M. Vandecastelle (Lille) : Sténose médio-gastrique d'origine ulcéreuse.

M. Villar : Epanchements sanguins traumatiques intracraniens de l'adulte.

M. Négre (Montpellier) : Fistules biliaires externes postopératoires.

M. Courty (Montpellier) : Les moignons douloureux d'amputation des membres.

M. Chavannaz (Bordeaux) : Cancer du corps de l'utérus.

M. Padovani (Paris) : Côtes cervicales et leurs accidents.

M. Monchet (Paris) : Les cancers des voies biliaires (vésicule exceptée).

M. Mansuy (Lyon) : Les ostéoporoses traumatiques du membre supérieur.

M. Liaras (Alger) : Luxations traumatiques anciennes de la hanche.

(A suivre.)

Faculté de Médecine de Paris

Stages. — Les éléves de quatrième année ayant leur stage de dermatologie à compléter sont priés de se faire inscrire au secrétariat de la Faculté pour se présenter dans le service du professeur **Gougerot**, du 1er au 31 octobre 1946.

Facultés de province

Lyon. — M. Ponthus, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, est détaché, à compter du 15 avril 1946, et pour une période de trois ans, auprés du ministère des affaires étrangéres pour exercer les fonctions de directeur de l'Institut de physicothérapie à Beyrouth.

Ecoles de médecine

Clermont-Ferrand. — M. Chaumerliac, professeur de thérapeutique, est transféré dans la chaire d'hydrologie (dernier titulaire : M. Levadoux, retraité).

M. Terrasse, professeur d'histoire naturelle, est transféré dans la chaire de thérapeutique (dernier titulaire : M. Chaumerliac, transféré).

Val-de-Grâce. — Nombre et répartition des professeurs et agrégés du Val-de-Grâce chargés de l'enseignement à l'Ecole d'application du service de Santé militaire.

A. Médecine (3 chaires) : I. Bactériologie et épidémiologie militaire : 1 professeur, 2 agrégés. — II. Hygiéne militaire : 1 professeur, 2 agrégés. — III. Psychiatrie, médecine légale, sélections et expertises médico-militaires : 1 professeur, 2 agrégés.

B. Chirurgie (3 chaires) : I. Chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie : 1 professeur, 2 agrégés. — II. Médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale : 1 professeur, 2 agrégés. — III. Chirurgie spéciale : 1 professeur, 2 agrégés.

C. Radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie (1 chaire) : 1 professeur, 1 agrégé.

D. Chimie appliquée a la biologie et aux expertises de l'armée (1 chaire) : 1 professeur, 1 agrégé.

(J. O., 1er août 1946.)

Légion d'honneur. Education nationale

Grand officier. — Est élevé à la dignité de grand officier : M. le Dr Gustave Roussy, « membre du Conseil national de l'ordre de la Légion d'honneur, recteur de l'Académie de Paris, savant éminent qui, par son attitude digne et patriotique au cours de l'occupation, a honoré l'Université. »

(J. O., 2 août 1946.)

Education nationale

Conseil de l'Enseignement supérieur

Le J. O. du 2 août publie le résultat des élections au Conseil de l'enseignement supérieur. Ont été élus :

Professeurs de Faculté

Dans la 2e division. Sciences médicales

1re section. — Sciences morphologiques et biologiques : Titulaire, M. Polonowski ; suppléant, M. Lucien.

2e section. — Médecine générale et pathologie générale : Titulaire, M. Cornil ; suppléant, M. Giraud.

3e section. — Chirurgie : Titulaire, M. Calvet ; suppléant, M. Mondor.

4e section. — Gynécologie et obstétrique : Titulaire, M. Mocquot ; suppléant, M. Laffont.

5e section. — Maladies nerveuses et mentales : Titulaire, M. Delmas-Marsalet ; suppléant, M. Delay.

Agrégés

Titulaire : M. Prévost ; suppléant : M. Laffitte.

Assistants et chefs de travaux

Titulaire : Mlle Cauquil ; suppléant : M. Guintini.

Collège de France

Titulaires : MM. Edmond Faral et Robert Courrier ; suppléants : MM. Ernest Tonnelat et Henri Piéron.

Muséum d'histoire naturelle

Titulaire : M. Urbain ; suppléant : M. Orcel.

Hygiène scolaire et universitaire. — Des postes de médecins examinateurs scolaires à temps plein sont à pourvoir dans les départements de Vaucluse, Bouches-du-Rhône, Var, Basses-Alpes, Corse.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Debbasch, médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire, 66, rue Saint-Sébastien, à Marseille.

Santé publique

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. Noël Bernard, sous-directeur de l'Institut Pasteur, est nommé membre du Conseil, en remplacement de M. Louis Martin, ancien directeur de l'Institut Pasteur, décédé.

Conseil supérieur des laboratoires d'analyses médicales. — Le Conseil supérieur nouvellement créé est ainsi composé :

Président : M. le professeur Polonowski.

Vice-présidents : MM. le professeur Fleury et le Dr Cavaillon.

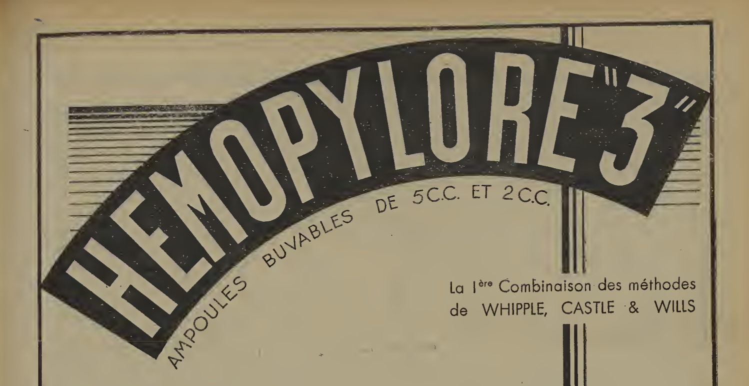
Secrétaire général : M. Desbordes.

Membres : M. le Dr Wibaux, M. Vaille, M. le Dr Coulon, MM. les professeurs Lemierre, Justin-Besançon, René Fabre, Mlle Jeanne Lévy, MM. les professeurs Santenoise, Bonnet, Caujolle, Verge, Tréfouël, MM. les Drs Cheymol, Durupt, MM. Laudat et Schuster.

Hôpitaux psychiatriques. — Ont été admis au concours du médicat des hôpitaux de la Seine : 1° M. le Dr Le Guillant ; 2° Mlle le Dr Morel ; 3° M. le Dr Bergeron.

(J. O., 27 juillet 1946.)

(Voir fin des Informations p. 359)



LABORATOIRE ROGER BELLON

LOUIS FERRAND
Ex-Interne, Lauréat des Hôpitaux de Paris
PHARMACIEN-GÉRANT

(GAMBÉOL, RECTOCALCIUM, ACTIPHOS, GLOBIRON)

78bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

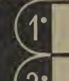
Anémies
Anorexie

PYOREX

PATE DENTIFRICE MÉDICAMENTEUSE

1° *bactéricide*
par l'**Ethoxydiaminoacridine** qu'il contient,

2° *spirillicide*
grâce à l'**Arsolithol Bailly** (sel de lithine de l'acide para-amino-oxyphényl arsénique),



antiseptique
par le **Ricinoléate de sodium** qui dissout graisses et mucine et désagrège le tartre dentaire.

HYGIÈNE DENTAIRE QUOTIDIENNE
PROPHYLAXIE ET THÉRAPEUTIQUE
DE LA PYORRHÉE ET DES STOMATITES

LABORATOIRES A. BAILLY
(SPEAB)
15 RUE DE ROME - PARIS 8e

PYO 18



De l'érubescence paroxystique cobaltique

par J.-M. Le Goff

Depuis la découverte de G. Bertrand et de ses collaborateurs de la présence de petites quantités de cobalt dans tous les tissus animaux et végétaux, je me suis livré à de multiples recherches afin d'établir les propriétés physiologiques de ce singulier métal et en vue de l'utiliser en thérapeutique.

Après de nombreux essais sur des animaux : chiens, lapins, poissons, je fis le 19 février 1926 la première injection de cobalt à une jeune homme de 20 ans et je vis aussitôt apparaître la rougeur de la face et des oreilles ; le sujet me disant qu'il ressentait dans la tête une tension violente comme si elle allait éclater. Depuis j'ai fait plusieurs milliers d'injections semblables et j'ai toujours constaté ce même phénomène.

Cette rougeur qui varie de durée et d'intensité peut être désignée sous le nom d'érythrose ou mieux d'*érubescence*. Elle paraît provoquée par l'action vaso-dilatatrice du cobalt (1)

Avec les sels simples le sujet sain ou malade éprouve dans la tête une poussée congestive et une vague de chaleur qui s'étend au cou, aux oreilles, à la nuque et quelquefois au tronc et aux membres. Avec une dose forte, la face devient rutilante, le rythme cardiaque est augmenté, la pression sanguine diminuée quelquefois augmentée, souvent le sujet éprouve une sensation de chaleur aux mains et aux pieds.

Les composés cobaltiques et surtout les cobaltiammines ont une action beaucoup plus profonde ; au bout de 5 à 20 minutes, le sujet éprouve une légère sensation de chaleur à la figure qui rougit mais moins que dans les cas précédents, il ressent bientôt aux lèvres un frémissement, des secousses fibrillaires, des secousses cloniques qui s'étendent aux ailes du nez, aux joues, aux paupières, au cuir chevelu ; les gencives semblent se gonfler et s'étirer, la tension de la muqueuse buccale paraît accrue, la salivation augmente, bien qu'aucun mouvement apparent ne corresponde aux sensations perçues ; parfois il a dans la gorge la sensation d'avoir avalé une liqueur forte ou un corps solide qui s'y trouverait arrêté, parfois il éternue et bâille. Les sensations s'étendent aux mains et aux pieds ainsi qu'aux seins, à l'estomac qui semble pressé par une barre, à l'abdomen et aux organes génitaux, surtout chez la femme. De fortes doses provoquent des coliques, des vomissements, rarement des évacuations alvines.

Tous ces phénomènes sont très marqués chez l'individu sain et varient de durée, d'intensité et de localisation chez les malades dont le sympathique est plus ou moins intéressé. L'action se prolonge souvent au delà de 48 heures par crises successives.

Quelques malades et surtout les femmes m'ont dit avoir éprouvé à la figure la même sensation que lorsqu'elles s'appliquent le soir du blanc d'œuf pour retarder l'apparition des rides.

L'érubescence cobaltique est accompagnée d'une chute brusque de la pression sanguine que l'on peut apprécier au moyen de l'oscillomètre sphygmométrique en usage dans la pratique médicale, chez certains malades cette chute est précédée d'une courte augmentation de tension. Chez l'animal, je l'ai mesurée avec des appareils enregistreurs : à Paris, au laboratoire de physiologie du regretté professeur H. Roger avec l'assistance du professeur L. Binet (2), à New-York, au laboratoire de pharmacologie de l'Université Cornell, avec le concours du professeur Hatcher (3).

Sur plusieurs milliers d'injections que j'ai faites jusqu'à ce jour, deux cas ont présenté une rougeur sur toute la surface du corps pendant 24 heures et deux cas une élévation de température de 2 degrés.

L'érubescence paroxystique cobaltique est suivie d'effets thérapeutiques dans les rhumatismes, la goutte, la maladie de Raynaud, les affections vasculaires, les névroses, les psychoses, les affections mentales au début et toutes les affections dans lesquelles le sympathique est intéressé.

Dans le traitement de la tuberculose par la chrysothérapie, on a signalé quelques cas d'érythrodermie aurique fébrile (G. Margout, *Thèse de Paris*, 1933). On connaît aussi la rubéfaction de la face causée par l'histamine et surtout par les émotions violentes qui font monter le sang au visage.

La prise par voie buccale de la même quantité de cobalt ne fait pas apparaître d'érubescence, toutefois certains sujets sensibles m'ont dit avoir éprouvé dans ce cas une sensation de chaleur à la tête et aux extrémités.

Les recherches que je poursuis, grâce à l'obligeance du professeur Leriche, à qui je renouvelle mes remerciements, sur des sujets auxquels il a enlevé certains ganglions sympathiques, paraissent établir, comme je l'avais annoncé au 13e Congrès International de Physiologie, tenu à Boston en 1929, que le syndrome d'érubescence cobaltique est provoqué par l'action spécifique du cobalt sur le sympathique suivant un mécanisme qu'il est possible d'entrevoir.

Ainsi chez une malade, Mme M..., âgée de 59 ans, sur laquelle le professeur Leriche avait pratiqué le 8 novembre 1945 une sympathectomie des 2e et 3e ganglions sympathiques dorsaux gauches, j'ai fait le 12 décembre, une injection intramusculaire d'un centimètre cube de solution isotone de sel cobalteux, j'ai vu apparaître au bout de trois minutes l'érubescence de la face et la malade a ressenti une vague de chaleur à la tête et cette vague s'est étendue à la moitié droite du corps, au bras droit et à la jambe droite, le côté gauche restant sans changement. J'ai répété cette même injection les 14, 17, 18 et 20 décembre, chaque fois le même phénomène s'est reproduit, la sensation de chaleur n'a pas varié à gauche.

Récemment, le professeur Pierre Mauriac a donné 4 observations sous le titre : érubescence paroxystique digestive (1), d'un syndrome morbide qui, à un certain point de vue est analogue à celui déclenché par l'injection de cobalt ainsi qu'on va le voir.

La première est celle d'une jeune femme de 33 ans. Le 13 mars 1945, à la suite d'un repas qu'elle prenait chez des amis et dont la chère avait été modeste et mal arrosée, elle ressentit brusquement une tension congestive du nez et de la face avec vague de chaleur montant aux yeux. Elle ne fait aucune réflexion, passe au salon avec les autres convives, mais bien vite elle s'aperçoit que les regards se fixent sur elle.

L'impression de tension et de chaleur s'accentue dans toute la tête ; des battements se font sentir aux tempes, le cou lui semble gonflé. Laissée étendue dans l'obscurité, elle s'endort. Quand elle se réveille, deux heures après, la coloration du visage s'est beaucoup atténuée. Le surlendemain, à la fin du repas de midi, une nouvelle crise survient, mais moins intense. Deux jours après, à la fin du repas du soir, crise à grand fracas.

Les autres convives de l'observation I n'ont pas été influencés.

La troisième observation est celle d'un voyageur qui, à l'hôtel, vient de prendre un consommé, quand, brusquement, il devient rouge comme une écrevisse et sent sa tête prête à éclater, le pouls bat 125, la tension est 8-13. A minuit la rougeur s'atténue et le malade s'endort. Le lendemain, il se réveille un peu fatigué, mais peut reprendre le train. Depuis aucune crise ne s'est déclarée.

Dans les 4 observations le syndrome s'est produit à l'occasion d'un repas, soit dès les premières cuillerées de potage, soit au cours, soit à la fin du repas, rarement une ou deux heures après ; il est apparu chez les individus blonds ayant une disposition constitutionnelle émotive. C'est, dit l'auteur, une crise due probablement aux éléments toxiques de la digestion allant impressionner un système végétatif sensible.

La vague de chaleur avec rougeur intense s'accompagne d'ordinaire de tachycardie avec angoisse et sensation de fatigue, l'auscultation ne décèle rien d'anormal et la tension n'est pas modifiée. Comme on le voit dans ces observations, le syndrome d'érubescence paroxystique digestive a beaucoup de ressemblance avec celui qui est déclenché par l'injection de cobalt : rougeur de la face, des oreilles, du cou, vague de chaleur, tension dans la tête qui menace d'éclater, tachycardie, toutefois la tension sanguine ne varie pas, tandis que dans l'érubescence cobaltique elle est modifiée et, en général, abaissée.

L'érubescence paroxystique digestive est un syndrome rare, la thèse de Husson (Bordeaux, 1924) en donne 7 observations seulement. On a attribué son apparition aux produits toxiques de la digestion allant impressionner un système végétatif sensible et cela presque toujours au début du repas. Doit-on faire intervenir la présence dans les aliments d'un composé du cobalt d'une grande puissance ?

Si on se reporte aux dosages de G. Bertrand, que j'ai publiés dans mon article : Le Cobalt dans la nature (*Gazette des Hôpitaux*, 17 janvier 1939) on voit que la quantité de cobalt contenue dans les aliments est faible, ainsi un kilo de pommes de terre en contient 15 millièmes de milligrammes ; le riz, 5 ; les petits pois, 25 ; le maïs, le froment, l'avoine, 10 ; les lentilles, le sarrasin, 300 ; la chanterelle, champignon, 170 ; le foie de veau, 100 ; le merlan, 28 ; l'éperlan, 50 ; les moules, 136 ; la langoustine, 2.000 (1).

(1) J.-M. Le Goff. Action vaso dilatatrice des sels de cobalt. Comptes rendus. Académie des Sciences, 1928, p. 171.
J.-M. Le Goff. *Acad. des Sciences*, 24 juin 1946.

(2) J.-M. Le Goff. Action hypotensive du Cobalt, *Soc. de Biologie*, 29 juin 1929, t. CI, p. 797-8.

(3) J.-M. Le Goff. Cobalt as vaso-dilator. *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, vol. XXXVIII, n° 1, January 1930.

(1) P. Mauriac. L'Erubescence paroxystique digestive, *Paris Médical*, n° 16, 10-29 juin 1945, p. 160.

(1) Un de mes confrères me rappelle qu'à la suite de l'ingestion d'une langoustine au début d'un repas, il a présenté tous les symptômes décrits dans cette note.

L'érubescence cobaltique diffère encore de l'érubescence digestive par le fait qu'elle est accompagnée d'effets thérapeutiques. Nous ignorons encore le rôle principal du cobalt dans l'organisme animal, cependant nous savons que sa présence est nécessaire à la vie : on a décrit récemment sous le nom de « bush sickness », maladie des broussailles, « cost disease », maladie des côtes (en France, maladie de l'herbe), des maladies du bétail nourri avec du fourrage provenant de terrains dépourvus de cobalt (4). Il a suffi d'ajouter un milligramme de ce métal à la ration journalière pendant quinze jours pour éviter ces maladies pour une période de six mois.

L'emploi dans les recherches ultérieures des isotopes artificiels radio actifs du cobalt déjà utilisés par D.-H. Copp et D. Greenberg (5), permettra bientôt de découvrir le rôle important mais encore mystérieux du cobalt dans les êtres vivants.

---

(4) K.-J. McNaught. *New Zealand Journal of Science and Technology*, n° 8, 1937.

(5) D.-H. Copp et Greenberg. Etudes du métabolisme minéral avec l'aide des isotopes radio actifs du cobalt. *Proc. of National Academy of Sciences*, mars 1941.

ACTUALITÉS

L'ACTION TOXIQUE DE LA VITAMINE D²
DONNÉE A DOSES TROP FORTES

Depuis quelques années, et surtout depuis quelques mois, on a signalé, en France et à l'étranger, des accidents consécutifs à l'emploi massif de la vitamine D2. Ces accidents paraissent actuellement plus fréquents, peut-être parce qu'on les reconnaît mieux ; quoi qu'il en soit, l'attention des médecins, et surtout des pédiatres, est attirée sur eux.

A la dernière séance de la *Société de Pédiatrie* (9 juillet 1946), M. le professeur Robert Debré, puis MM. Thieffry et Henri Brissaud, ont apporté des observations qui montrent la variété, la fréquence et la gravité de ces accidents.

Dans un magistral exposé, M. Robert Debré a rappelé d'abord les actions offensantes pour l'organisme des préparations de vitamine D, en particulier de la vitamine D2.

Ces actions, dit M. Debré, ont été soigneusement étudiées depuis une vingtaine d'années. On peut très schématiquement et sommairement rappeler que la lésion essentielle observée chez l'animal est liée au dépôt de calcium dans la paroi des vaisseaux, dans la musculature du tube digestif et dans le rein. La néphropathie peut se produire très rapidement : chez le singe, Levaditi a vu apparaître une calcification rénale le 33ᵉ jour. L'animal avait reçu 20 mmg. d'Ergostérol irradié par kilogr. et par jour.

Un fait remarquable est le suivant : dans l'artério-sclérose spontanée de l'homme et de l'animal, les dépôts calcaires, on le sait, succèdent à des dépôts graisseux, plus précisément à des dépôts de cholestérol dans la tunique interne hyperplasiée. Il n'en est pas de même dans le cas de calcification vasculaire au cours de l'intoxication vitaminique, où les dépôts calcaires se forment dans un tissu non lésé (Wenzel). Chez les mammifères d'expérience, à condition d'employer des doses suffisantes, on peut déterminer une mort rapide.

Les accidents signalés chez l'homme sont variés (Mouzon, 1928 ; Ravina, 1936 ; Spinadel, 1938 ; Bachet, tout récemment).

Ce sont tantôt des épisodes passagers, troubles qui disparaissent dès la cessation du traitement pour reparaître si on reprend ce traitement ; tantôt des accidents mortels. On compte actuellement dix cas de mort, tel le cas de Lewis Tchachter, rappelé par M. Debré : nourrisson de 11 mois 1/2, qui avait reçu pendant cinq mois, tous les jours, 10 mmgr. d'Ergostérol irradié, dose énorme à la vérité. Mort. L'autopsie montra des lésions de néphropathie grave analogues à celles des animaux d'expérience. Dans un autre cas (Fanconi), on trouva des lésions de l'aorte et des coronaires (sclérose avec calcification par plaques).

D'autres exemples ont été cités par Fanielle, ils concernent des adultes ayant reçu des ampoules de 15 mmgr. de vitamine D2 tous les 8 ou 15 jours, ou même tous les 2 jours, ou quotidiennement. Houet a observé deux nourrissons de 7 et 8 mois, atteints de tuberculose pulmonaire, qui absorbaient tous les 5 jours 15 mmgr. de vitamine D2. On voit survenir des vomissements, de l'anorexie. On suspend le traitement, tous les troubles disparaissent.

* * *

L'observation de M. Debré est d'une parfaite netteté et a la valeur d'une expérience. La voici :

L'enfant Jacqueline R... âgée de 8 ans a toujours été bien portante et robuste. Ses cutiréactions à la tuberculine vérifiées tous les six mois depuis sa naissance étaient négatives, lorsque le 1ᵉʳ septembre 1945 la cutiréaction se révèle moyennement positive. La radiographie pulmonaire décèle un empâtement discret du hile droit. Il n'existe aucune altération de l'état général qui demeure parfait.

L'enfant est mise au repos. On institue un traitement par la vitamine D2. Elle absorbe du 20 septembre au 4 novembre douze ampoules de 15 mmgr. de vitamine D2 à raison de 2 ampoules par semaine. Cette posologie excessive est malencontreusement renforcée à partir du 4 novembre, en raison de l'apparition d'un certain degré d'anorexie, mise sur le compte de l'infection tuberculeuse. Pendant cette dernière quinzaine, divers accidents sont notés qui sont enfin rattachés à l'absorption de vitamine D2, et la médication est définitivement abandonnée le 18 novembre. L'enfant a reçu au total 18 ampoules de 15 mmgr., soit 270 mgr. de vitamine D2 en deux mois.

L'*anorexie* constatée pour la première fois dans les premiers jours de novembre, s'accentue, et, à partir du 10 novembre, l'enfant qui ne paraît pas autrement malade, refuse énergiquement toute nourriture. Elle est prise d'une soif anormale et s'en va boire de l'eau en dehors des repas. Nouveau fait anormal, l'enfant se lève une fois la nuit pour uriner. La diurèse mesurée chaque jour à partir du 10 novembre atteint le chiffre quotidien de 1.500 grammes. Urines très claires ne contenant ni albumine, ni globules rouges, ni leucocytes, ni cylindres. Sa densité est au voisinage de 1.008. L'examen clinique révèle une hypertension artérielle modérée, 13-8 (Vasquez), le 18 novembre. L'examen du fond de l'œil ne montre rien d'anormal. L'enfant ne se plaint de rien, reste très gaie. La soif, la polyurie, l'hypertension artérielle orientent vers le diagnostic de néphropathie toxique et le dosage d'urée pratiqué le 18 novembre donne un chiffre de 0 gr. 65 au litre.

L'enfant est maintenue au repos absolu, et à un régime hydrocarboné sans sel, mais elle refuse de manger et n'accepte que de l'eau et du jus de fruits. Cette anorexie persiste 6 semaines. Il n'y eut qu'un seul vomissement le 27 novembre. La diurèse se maintient autour de 1.500 gr. Elle s'abaisse à 1.000, enfin à 6-800 gr. en 24 heures. En même temps la sensation anormale de soif a disparu. L'enfant n'a uriné la nuit que pendant 5 ou 6 jours.

L'hypertension n'a été qu'éphémère : 12 1/2-8 le 20 janvier, 11 1/2-8 le 22 janvier, 11-7 le 2 janvier.

Les examens d'urine pratiqués quotidiennement n'ont jamais montré ni albumine, ni éléments anormaux. Densité 1.008-1.013. Urée 6-9 gr. au litre, chlorure 1 à 3 gr. au litre. L'urée sanguine oscille autour de 0,54 au litre. Le 20 décembre elle est de 0,46. La constante d'Ambard est ce jour-là de 0,135. Le dosage des chlorures dans le sang donne un chiffre de 5 gr. 80. La calcémie est de 115 mmgr, au litre. Pendant tout le mois de décembre l'anorexie demeure aussi tenace. L'enfant reste gaie. Son poids passe de 27 kilos à 22 kilos 1/2. La température est restée toujours normale.

En janvier l'appétit redevient normal, le taux de l'urée sanguine s'abaisse à 0 gr. 35. L'enfant est pâle, amaigrie, mais reprend rapidement ses forces. Diurèse normale quantitativement et qualitativement. L'enfant ayant repris un régime alimentaire normal avec sel, la densité de l'urine est de 1.019, urée : 22 gr. 50 au litre, chlorures 8 gr. 20. Constante d'Ambard 0,06. Tension artérielle 10 1/2-7.

Une nouvelle radiographie pulmonaire ne montre pas de modification notable, ni de calcification anormale du squelette et des vaisseaux.

L'enfant est complètement rétablie.

* * *

En résumé, dit M. Debré, il s'agit d'un accident sérieux survenu chez une enfant de 8 ans. Après un virage de cutiréaction elle avait absorbé en 2 mois, 270 milligrammes de vitamine D2.

L'*anorexie* constitue le fait le plus frappant de cette observation. Cette anorexie peut être rattachée, par hypothèse, aux altérations éventuelles de la paroi digestive, mais la soif, la polyurie, l'hypertension artérielle associés à l'azotémie sont les seuls témoins et des témoins certains de la néphropathie.

Celle-ci, on le sait, est d'un type particulier puisqu'on n'a jamais constaté ni albuminurie, ni cylindrurie, ni hématurie, ni œdèmes. Il n'en reste pas moins que les manifestations d'insuffisance rénale, l'hyperazotémie et l'élévation importante de la

constante d'Ambard, ne peuvent pas ne pas être rattachés à une néphropathie toxique : la soif, la polyurie, l'hypertension artérielle sont suffisamment caractéristiques. L'hyperazotémie notée dans cette observation a été signalée par la plupart des auteurs qui l'ont recherchée dans les accidents toxiques un peu prolongés dus à la vitamine D_2.

Il y a lieu de penser, note M. Debré, que cette vitamine donnée à doses excessives exerce une action nocive sur le glomérule, action semblable à celle de certains métaux lourds, en particulier le plomb, qui, prolongée, aboutit à une néphrite chronique. Mais ici, l'arrêt de l'intoxication peut être suivi de l'arrêt des lésions, de leur réparation, sans séquelles, si l'intoxication n'a pas été trop prolongée.

Le cas de M. Debré peut évidemment être rangé dans les cas favorables, mais il n'en faut pas moins conclure, comme il le fait, à la nécessité d'une extrême prudence. Il faut ne pas céder à la tendance trop répandue actuellement de répéter les fortes doses et de prolonger inconsidérément le traitement. Il faut en pareil cas surveiller la tension, l'azotémie des enfants et noter avec soin la *disparition de l'appétit (signe initial et majeur)* chez les enfants soumis à ce traitement que tous les médecins emploient avec raison aujourd'hui. Il faut recommander la modération dans la posologie de la vitamine D_2, et surtout prévenir les familles du danger que présente une thérapeutique qui ne serait ni prescrite ni surveillée par le médecin de la famille.

***

Les cinq observations apportées dans la même séance de la *Société de Pédiatrie* par MM. Thieffry et Henri Brissaud sont également parfaitement concluantes. Deux d'entre elles doivent retenir surtout l'attention :

Une première observation concerne un enfant de 11 ans, André S..., convalescent d'une pleurésie séro-fibrineuse post-primaire. Il est pris de vomissements répétés, incessants. Son médecin se demande s'il ne doit pas penser à une méningite tuberculeuse et il l'envoie à l'hôpital.

Cet enfant avait reçu 15 mmgr. de vitamine D^2 tous les trois jours, de l'A. ascorbique et 2 gr. de calcium par jour. Les vomissements se succédaient, sans effort. L'enfant refusait de s'alimenter. Son aspect était celui d'un cachectique, déshydraté, sa pâleur était extrême.

On pense à une hypervitaminose. Examen des urines, albumine néant, phosphates tricalciques, urée sanguine 0 gr. 55 o/oo, tension artérielle élevée, calcémie.

Après la suppression de la vitamine D_2, tous les troubles disparaissent.

Une deuxième observation concerne un enfant de 6 ans. Avant son entrée à l'hôpital, il avait reçu un traitement intensif de vitamine D_2 (12 ampoules de 15 mmgr. entre le 27 avril et le 12 juin); accidents nerveux graves : état de stupeur, secousses cloniques de la face et du cou, réflexes normaux. L'enfant est couché en chien de fusil, il semble présenter de la raideur de la nuque. On pense à une méningite tuberculeuse. Une ponction lombaire est faite, on retire du liquide normal. Après quelques jours, les accidents nerveux, qui se succédaient, s'atténuent, les troubles psychiques se sont amendés, la confusion a presque disparu, mais l'enfant garde une hémiplégie droite importante. La marche est à l'heure actuelle impossible.

Ces deux observations ne sont ni isolées ni exceptionnelles ; on en trouve dans la littérature médicale de langues anglaise et allemande. M. Thieffry en a relevé une centaine.

En résumé : chez un enfant convalescent de pleurésie se sont installés des troubles faisant penser à une méningite tuberculeuse.

Ce sont d'abord des *vomissements* continuels et incoercibles. L'enfant est *anorexique, constipé, asthénié*.

Trois ordres de signes vont évoluer simultanément :

1° Les *vomissements* incessants et la *constipation* ;

2° Une émaciation rapide, des signes de déshydratation, un état cachectique ;

3° Un ensemble de signes *neurologiques* et *psychiques* (idéation vague, apathie, asthénie). La ponction lombaire donne un liquide clair, la température est normale et même basse.

L'*évolution*, on l'a vu, est favorable dans l'ensemble. Il ne faut cependant pas oublier qu'on connaît dix cas de mort. Dans un de ces cas la mort a été précédée d'une oblitération des artères d'un membre. Aucun organe n'échappe, en effet, à la surcharge calcaire. Nous l'avons déjà signalé plus haut, il faut le répéter : les vaisseaux coronaires, les reins, les artères pulmonaires, bronchiques et alvéolaires, les artères mésentériques, pancréatiques, les méninges peuvent être atteints.

On ne doit pas ignorer ces faits ni négliger les *séquelles* possibles (2e cas Thieffry).

En conclusion

La discussion qui a suivi la communication des observations de M. Debré et de M. Thieffry a montré l'unanimité des pédiatres.

La vitamine D_2, médicament précieux, doit être utilisée avec prudence. Ce n'est pas un médicament d'usage journalier. Les recommandations faites plus haut par M. Debré sont d'une parfaite sagesse.

Dans le même ordre d'idées, M. Lesné a demandé que sur les ordonnances figure la mention « à ne pas renouveler ».

Enfin M. Cathala, après avoir indiqué les difficultés du diagnostic avec la méningite tuberculeuse, a rappelé que dans son service la vitamine D^2 est strictement réservée aux cas de rachitisme et d'ostéomalacie. Quand la vitamine D_2 est prescrite on doit la donner à petites doses et pendant une période courte. Les pédiatres rejoignent ici les chirurgiens qui ont toujours considéré la vitamine D^2 comme un merveilleux médicament mais un *médicament de choc*.

R. Levent.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

3 avril. — M. Leroux. — Traitement des staphylococcies.
M. Andrieux. — Traitement par la pénicilline de l'ostéomyélite.
M. Crucioni. — Dilatation congénitale de l'artère pulmonaire.
M. Renard. — Syndrome granulique des cardiopathies fébriles.
M. Brière. — 113 cas de fibrome et grossesse.
M. Chaumier. — Les infiltrations des ganglions sympathiques et les injections de novocaïne intraveineuse.
M. Le Bouvier. — La myélose aleucémique mégacaryocytaire.
M. Pottet. — Néphrite chronique et grossesse.
M. Hastings. — La tuberculose extra-pulmonaire.
M. Barral. — Traitement médical de l'ostéomyélite par la pénicilline.
M. Laumonier. — Les néphroses lipoïdiques de l'enfant.
Mme Lebourg. — Première application de pénicillinothérapie en stomatologie.
M. Legargeant. — Lait sain et propre dans les « Gouttes de lait ».

4 avril. — M. Deltheil. — La toxoplasmose.
M. Mittelberger. — Névrite optique. Névrite segmentaire.
M. Joubert. — Orientation du traitement d'assaut de la syphilis vers le bismuth.
M. Harel. — Séroréaction dans la syphilis récente.
M. Kol. — Diagnostic et traitement médico-chirurgical des péritonites à pneumocoques.
M. Fabiani. — Sténoses cicatricielles du pylore.

9 avril. — M. Samarcq. — La réaction de Weltmann en clinique.
M. Zakrojczyk. — Etude de l'hystéroscopie.
M. Legendre. — Etude critique du drainage biliaire externe.
M. Saout. — Les poudres insecticides nouvelles.
Mme Delunay. — Maison maternelle.
M. Billebaut. — Etude du traitement du bec-de-lièvre et des divisions palatines.
M. Kohn. — Etude de la colite amibienne.
M. Laurent. — Teratomes intra-craniens.

10 avril. — M. Homwalk. — Traitement physiothérapique des péritonites tuberculeuses.
Mme Séguin. — Formes cliniques des hémopathies déterminées par les sulfamides.
M. Lyautey. — Utilisation de la folliculine en médecine.
M. Tanneau. — Distomatose à fascila hépatica en pathologie.
M. Boutron. — Intoxication par le trichloréthylène.
M. Mas. — Complications nerveuses du scorbut.
M. Babin. — Paralysies spontanées du nerf phrénique.
M. Bray. — Thérapeutique de l'œsophagite.
M. Chereau. — Pénicillinothérapie chez le nourrisson.
M. Worm. — Deux cas de scepticémie hémolysante.
M. Blay. — Péritonites par rupture ou perforation du pyosalpynx.
M. Seilinger. — Primo-infection chez l'enfant.

11 avril. — De Thy. — Sulfamides intra-pleurales dans les pleurésies.
M. Benner. — Nouvelle opération anti-glaucomateuse.
M. Daudet. — Etude des varices congénitales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 30 JUILLET 1946

Essai de stabilisation du plasma humain par l'action combinée du formol et de la chaleur (formoplasma). — MM. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE et A. LUTZ ont essayé d'appliquer au plasma la méthode de traitement par le formol et la chaleur dont l'un d'eux avait montré la valeur pour la transformation du sérum humain en un produit stable et limpide qui peut être utilisé pour les transfusions.

Il résulte des essais pratiqués par R. Dujarric de la Rivière et A. Lutz que les conditions nécessaires pour stabiliser le plasma sont les suivantes : recueillir le sang non sur les solutions anticoagulantes habituelles, mais sur une solution de citrate trisodique purifié, fraîchement préparé. Opérer sur un plasma clair après centrifugation ; préparer la dilution de formol au moment de l'emploi ; contrôler soigneusement les ph ; opérer avec une verrerie neutre ; conserver le plasma en récipients clos ; opérer dans des conditions bactériologiques d'asepsie.

La technique qui consiste à formoler à 2,5°/oo, à laisser l'action du formol se poursuivre à 37° pendant 48 heures au minimum, à faire agir ensuite la chaleur à 56° pendant une heure au bain-marie et à filtrer, immédiatement après, à travers une bougie Chamberland a permis aux auteurs d'obtenir un plasma limpide et qui s'est bien conservé pendant deux mois.

Si l'expérience prouve que cette stabilité persiste pendant six mois ou un an, le plasma ainsi traité sera peut-être utilisable pour des fins térapeutiques.

Sérums stabilisés. — M. MÉRIEUX apporte une contribution à l'étude des sérums stabilisés par l'action combinée du formol et de la chaleur. Il en montre les applications pratiques au sérum de bovidés et au sérum humain (présentation faite par M. Verge).

Essai d'interprétation de la réaction de Mitsuda. — M. GOUGEROT présente ce travail de M. TISSEUIL.

Sur la narcose intraveineuse liminaire en clinique neuropsychiatrique. — MM. TARGOWLA, J. STERNE et Mlle A. FEDER. — Au cours de la dernière guerre les médecins américains ont eu l'occasion d'essayer une méthode de psychothérapie accélérée à l'aide des produits de synthèse nouveaux spécialisés sous le nom d'amytal sodique et de penthotal sodique. Cette psychanalyse chimique se fonde sur le relâchement psychique particulier précédant le sommeil. On l'entretient par un goutte à goutte veineux. Cette psychanalyse est surtout appliquée aux états confusionnels et elle paraît avoir donné des résultats souvent remarquables.

On peut en somme considérer que l'anesthésie intraveineuse liminaire apporte d'ores et déjà à la clinique psychiatrique un procédé d'investigation commode, efficace, sans danger, faisant gagner du temps. Ses applications au diagnostic et au pronostic sont nombreuses et diverses, son intérêt thérapeutique n'est pas négligeable et laisse entrevoir une extension de ses possibilités.

Un test chronaximétrique rapide de la sensibilité des microbes et de quelques autres substances à la pénicilline et aux sulfamides. — M. LECOQ, Mme PAUL CHAUCHARD et Mlle H. MAZOUE.

Vacances. — La prochaine séance de l'Académie de Médecine aura lieu le mardi 1er octobre 1946.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 21 JUIN 1946

Orchi-épididymite suppurée unilatérale compliquant une paratyphoïde B ; atrophie testiculaire. — MM. ROUQUÈS et PAUTRAT. — Cas d'un sujet ayant présenté dans la convalescence d'une paratyphoïde à rechute, une poussée fébrile avec tuméfaction du testicule et surtout de l'épididyme, suivie de suppuration. Atrophie très accusée du testicule quatre ans après le début.

Les condensations pulmonaires rétractiles du lobe moyen droit d'origine inflammatoire. — MM. EVEN, LECOUR et VERMEIL. — Faits importants à souligner : 1° *Etiologiquement*, les condensations pulmonaires du lobe moyen droit sont souvent d'origine inflammatoire ; 2° *cliniquement*, leur diagnostic est basé sur la radiologie et la bronchoscopie ; 3° *pathogéniquement*, la bronchite segmentaire est souvent la lésion primitive ; 4° *thérapeutiquement*, le traitement médical suffit pour les formes simples, la *pneumotomie* convient aux formes abcédées.

Pleurésie purulente à « bacillus ramosus » compliquée, après un intervalle libre de 8 mois, d'abcès du cerveau. — MM. CASTAIGNE et GOURY-LAFFONT. — On peut dans ce cas attribuer l'évolution soit à une pleurotomie tardive, soit à la persistance d'une poche purulente pleurale, constatée à l'autopsie. Ce fait montre que le *bacillus ramosus* peut jouer un rôle pathogène, même sans association microbienne.

Paraplégie au cours d'une staphylococcie aiguë. — MM. CASTAIGNE et GOURY-LAFFONT. — Evolution de ce fait vers la mort malgré la sulfamidothérapie, l'anatoxine staphylococcique et la pénicilline. A l'autopsie, atteinte des muscles péri-vertébraux, des vertèbres, des méninges molles et de la moelle, siège d'un abcès à la hauteur du 8e segment dorsal.

Syndrome extra-pyramidal et méningé, seules manifestations d'un typhus récurrent. — MM. R. RAYNAUD et PEGULLO (Alger). — Fait d'un typhus récurrent se manifestant par un syndrome méningé, lequel s'accompagna d'une lymphocytose et d'une hyperglycorachie. Le Wassermann fut positif dans le liquide céphalo-rachidien.

Les états de dénutrition. Observations cliniques et thérapeutiques. — MM. LAMY, MICHEL-LAMOTTE et Mme LAMOTTE-BARILLON. — 40 observations chez les déportés après libération. Importance des troubles digestifs et des accidents pulmonaires. Fréquence des thromboses vasculaires. Description d'un syndrome opposé à l'anasarque et caractérisé par la déshydratation. Qu'il s'agisse d'un de ces états, l'évolution est souvent abrégée par l'apparition dramatique de phénomènes d'exsudation dans les cavités séreuses. Les accidents peuvent être déclenchés par une administration de liquide ou une tranfusion sanguine ou par une injection sous-cutanée d'une solution saline.

Etude physico-chimique du sang et du liquide d'œdème dans les états de dénutrition. — MM. Maurice LAMY, Michel LAMOTTE et Mme LAMOTTE-BARILLON. — Etude des protides du sang et des humeurs au cours de la dénutrition à l'occasion de 40 malades libérés des camps de détention allemands dont 34 présentèrent des œdèmes. Absence de rapport entre l'hypoprotidémie et les œdèmes. Abaissement des protéines chez les œdémateux. Pour les auteurs, les faits incitent à faire intervenir, pour expliquer l'origine des œdèmes de dénutrition, les conséquences organiques et fonctionnelles d'une anomalie musculaire des protides pathologiques.

Etude anatomique des états de dénutrition. — MM. LAMY, MICHEL-LAMOTTE, Mme S. LAMOTTE-BARILLON. — Les auteurs exposent les résultats retirés des protocoles de 13 vérifications anatomiques complètes, faites chez des déportés morts après leur libération. Ils ont retrouvé les faits suivants : épanchements pleuraux bilatéraux, œdème des mésos péritonéaux et du cerveau, du syndrome terminal qu'ils individualisent sous le nom « d'*inondations des dénutris* ». Du point de vue histologique, ils signalent : l'atrophie des glandes endocrines, l'exsudation transcapillaire des lésions dégénératives des muscles, des lésions constantes de l'épithélioma des tubes contournés du rein.

Ostéose fibro-kystique à prédominence unilatérale avec pigmentation cutanée associée. — M. LAPLANE. — Les radiographies d'un enfant de 6 ans montrent des images d'ostéose kystique à prédominance droite siégeant au niveau des os longs et de la clavicule. Il semble s'agir d'un syndrome mal classé d'origine congénitale dû à l'existence d'un colobome droit avec kyste dermoïde de la conjonctive.

Un cas de leucopénie avec neutropénie par aminothiazol. — MM. LAYANI, ASCHKENASY et MOUZON.

SÉANCE DU 28 JUIN 1946

L'étiologie du diabète insipide. — M. R. et Mme KOURILSKY estiment et cherchent à démontrer, d'après leurs observations personnelles, que dans la grande majorité des cas (soit 6 fois sur 9), le diabète insipide est d'origine infectieuse, soit à début rhino-pharyngé, soit à début nasal, soit à début amygdalien, soit à début sinusal. Cette conception restreint, au minimum, le nombre des cas dits primitifs du diabète insipide.

Réticulo-endothéliose aiguë à type de lympho-granulomatose maligne. Syndrome hépato-rénal terminal. — M. M. DÉROT, BRUMPT et WALTHER. — Evolution de la maladie en trois phases : 1° une phase d'un mois marquée par l'amaigrissement et l'asthénie ; 2° une phase caractérisée par un syndrome septicémique ; 3° une phase terminale faite de symptômes hépatorénaux. Les examens anatomiques des ganglions ont montré un aspect polymorphe rappelant la lympho-granulomatose maligne.

Paraplégie par cypho-scoliose et épidurite au cours d'une maladie de Recklinghausen. — MM. Rouquès, David, Pautrat. — Malade de 23 ans atteint de neuro-fibromatose avec cypho-scoliose datant de l'enfance. Une laminectomie décela une épidurite fibreuse au niveau de la courbure rachidienne. Mort par troubles respiratoires, d'où la gravité de ladite opération.

Un cas de calcifications pleurales et peut-être péricardiques chez un enfant de 5 ans. — MM. Brinon-Cherbuliez, Tonon. — Enfant de 5 ans atteint de pleurésie purulente à pyogènes et guérie par les sulfamides des calcifications pleurales ; aucune péricardite chronique constrictive.

A propos du botulisme. Etude de quelques troubles humoraux et de la dysphagie. Le moulage passif de l'hypopharynx. — MM. Michon, Heully, Lesure et Delestre (Nancy). — Cette étude porte sur un ménage intoxiqué par du jambon cru salé. Le mari fut relativement peu atteint (mydriase, paralysie de l'accommodation, dysphagie pour les solides) ; la femme présente ces troubles plus accentués avec reflux nasal des liquides et aggravés par d'autres symptômes oculaires et de manifestations générales.

Erythème noueux et pleurésie séro-fibrineuse simultanés avec modifications de l'allergie tuberculinique chez une femme de 60 ans. — MM. Troisier, Brouet et Duret. — Ce fait pose le problème nosologique des tuberculoses à type de primo-infection chez l'adulte âgé, car il peut s'agir de banales primo-infections tardives et on doit se demander s'il ne s'agit pas de formes de réinfection tuberculeuse sur un terrain comparable à celui des sujets jeunes vis-à-vis d'une primo-infection tuberculeuse. Cette obervation apporte un fait nouveau par la constatation du virage de la cuti-réaction qui manque souvent dans les faits antérieurs.

Signes dentaires de l'intoxication chronique par le cadmium. — MM. Nicaud, Laffitte et Barthélemy. — Ce signe est caractérisé par l'imprégnation de l'émail dentaire qui prend une coloration jaune plus ou moins foncée. Cette coloration s'installe lentement et ne disparaît qu'après des mois d'exclusion des ateliers nocifs.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Séance du 22 juin 1946

Etude des réactions bronchomotrices chez le chien, après isolement aérien d'un territoire bronchique. — MM. L. Binet et D. Bargeton montrent comment la mise sous contrôle endoscopique d'une canule dilatable spécialement construite permet d'isoler chez le chien la ventilation du territoire tributaire d'une bronche de celle du reste de l'arbre bronchique. Les résultats antérieurement obtenus sur la tortue ont pu ainsi être confirmés : une inhalation agressive localisée provoque des réactions bronchomotrices à distance par voie réflexe et localement par action directe.

Contribution à l'étude du rôle physiologique des sels biliaires. Etude quantitative de l'action cholérétique des sels biliaires. — M. D. Bargeton, chez le lapin et chez le chien, a constaté que l'effet cholérétique des sels biliaires est une fonction logarithmique simple de la dose. Les valeurs trouvées expérimentalement pour les constantes entrant dans la relation qui exprime l'action cholérétique en fonction de la dose conduisent à admettre que les sels biliaires injectés sont très rapidement fixés dans le foie et que leur concentration dans le tissu hépatique règle le débit de l'excrétion de la bile.

Nouvelles recherches sur la métachronose de fatigue. — Mme B. Chauchard et M. P. Chauchard concluent d'une étude de la fatigue chez le rat travaillant à la roue qu'il existe une fatigue des centres nerveux supérieurs entraînant une modification des chronaxies nerveuses avant la fatigue musculaire elle-même, l'allongement des chronaxies musculaires étant plus tardif.

Recherches expérimentales sur une nouvelle série chimique de corps doués de propriétés anti-histamiques puissantes : les dérivés de la thiodyphénylamine. — MM. B.-N. Halpern et Ducrot.

Action antianaphylactique des dérivés de la thiodyphénylamine. Relations avec l'éosinophilie tissulaire. — M. B.-N. Halpern.

Répartition des génotypes Rh en France. — M. Bessis a étudié les génotypes Rh dans la population prise au hasard, à l'aide des quatre antisérums anti-C, D, E et C. Les chiffres trouvés pour les 12 groupes les plus fréquents sont sensiblement le mêmes que ceux de la population blanche anglo-saxonne.

Action de l'acide pentothénique sur la glycémie de l'homme normal et du diabétique. — MM. F. Delbarre, J. Chevrolle et P. Déacrez ont vu l'injection I. V. d'acide pentothénique déterminer une augmentation très nette de la glycémie, plus marquée chez le diabétique (chez qui elle peut atteindre 100 p. 100) que chez l'homme normal. Leurs résultats s'écartent donc de ceux qui signalaient une hypoglycémie chez le diabétique et une absence de réaction chez le sujet normal.

Raccourcissement du temps de coagulation du sang citraté abandonné à lui-même « in vitro ». M. J. Hamburger, Mme A. Holtzer et M. G. Richet, en laissant reposer à 37° le sang citraté, ont vu le temps de coagulation sanguine, mesuré après recalcification, se raccourcir d'autant plus que le sang a davantage attendu. Ce phénomène est dû à la libération progressive, dans le milieu, de substances à activité thromboplastique.

Modification du temps de coagulation du plasma citraté abandonné à lui-même « in vitro ». — M. J. Hamburger, Mme A. Holtzer et M. G. Richet ont constaté que la séparation immédiate du plasma et des globules atténue ou même fait disparaître le phénomène d'accélération décrit ci-dessus. L'accroissement d'activité thromboplastique est donc dû à la présence des éléments figurés, et particulièrement des leucocytes dont le rôle semble plus important que celui des plaquettes. Sur le plasma isolé, le temps de coagulation s'allonge jusqu'à l'incoagulabilité, ce qui paraît en rapport avec une destruction progressive de l'activité thromboplastique.

Technique permettant d'obtenir facilement un sérum antiplaquettes actif. — MM. Ph. Pagniez et L. Rouquès ont obtenu un sérum anti-plaquettes particulièrement actif, qui chez le cobaye augmente considérablement le temps de saignement et supprime toute rétraction du caillot, en injectant au lapin des plaquettes enrobées dans un mélange d'huile de vaseline et de lanoline.

Action inhibitive, non spécifique, de filtrats de différents microbes pathogènes « in vitro ». – Mlle M. Aïtoff insiste sur le fait que les filtrats de culture de différents microbes pathogènes (antivirus de Besredka) ayant séjourné pendant dix à quinze jours à l'étuve, acquièrent un pouvoir inhibitif, antibiotique, non seulement par rapport aux microbes qui s'y étaient développés, mais aussi par rapport à des microbes étrangers, tant gram positifs que gram négatifs.

L'hypophyse du rat sous-alimenté. — MM. P. Desclaux et Soulairac ont observé chez le rat sous-alimenté une différenciation analogue à celle déjà signalée chez le cobaye, mais plus poussée, portant sur les cellules acidophiles et secondairement sur les basophiles, les chromophobies elles-mêmes subissant aussi une involution (qui doit faire discuter la question de leur inactivité, généralement admise) ; il y a corrélativement une régression marquée des organes sous la dépendance de l'hypophyse. Ces perturbations sont encore plus poussées si la dénutrition est activée par la thyroxine.

Gonadotrophine hypophysaire et déclenchement hormonal intrafolliculaire de la formation du premier globule polaire chez la souris impubère. — M. R. Moricard.

De l'action inverse sur la circulation cérébrale de l'acétylcholine et de l'antéhypophyse : distension avec hypertension intracranienne par le premier, rétraction cérébrale par le second. Antéhypophyse et catatonie expérimentale. — MM. H. Baruk, M. David, M. Racine, Vallancion et Borenstein apportent leurs résultats expérimentaux chez le lapin.

Election. — M. D. Bargeton est élu membre titulaire.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 17 mai 1946

A propos des voies d'abord de l'épaule. — M. Raphaël Massart rappelle l'incision en épaulette de Neudorfer qu'il utilise depuis plus de dix ans.

La voie antérieure ne permet que des opérations laborieuses, hémorragiques et ne donne que peu de jour.

La voie de Kocher, qui permet d'opérer loin des vaisseaux, donne beaucoup de jour, lorsqu'on a réséqué et rabattu l'acromion, mais ne permet pas de faire une reposition sanglante.

L'incision en épaulette donne une vue complète de l'articulation, aussi bien en avant qu'en arrière, lorsqu'on a sectionné l'acromion et la clavicule et qu'on a rabattu en dehors, avec eux, toute l'insertion supérieure des fibres du deltoïde dont l'innervation est conservée intacte. Elle est peu hémorragique.

L'auteur a pu, récemment, pratiquer avec aisance et sans délabrements, une luxation ancienne datant de plus d'un an.

Myélose ostéomalacique. — MM. F. Masmonteil et J. Leuret présentent une malade atteinte de myélose ostéomalacique partielle qui avait été soupçonnée de mal de Pott et qui, après traitement hématopoiétique et calcique, a guéri en six mois.

Fausses perforations après gastrectomie. — M. Etienne Bernard insiste sur les signes camouflés et trompeurs des péritonites qui succèdent aux opérations importantes et en particulier aux gastrectomies. Si on ne fait pas systématiquement toutes les autopsies, on peut étiqueter « complication cardiaque ou pulmonaire », ce qui n'est qu'une fissuration gastrique ou surtout duodénale.

A la suite d'une gastrectomie pour ulcère duodénal à allure aiguë avec tissus cartonnés et friables, un malade est pris d'une vive douleur dans l'hypocondre droit. Ces signes persistent pendant plusieurs heures et s'accompagnent de défense locale. Sept heures plus tard, aucun changement malgré la thérapeutique classique. A l'intervention, on ne trouve pas une goutte de liquide dans l'abdomen, aucune fissuration. On place un Mikulicz. La guérison survient rapidement.

L'auteur conseille, dans de tels cas, de toujours intervenir.

Epiploïte herniaire étranglée consécutive à une appendicite pelvienne aiguë. — M. Sejournet présente l'observation d'un malade porteur d'une hernie inguinale droite, chez lequel est survenue une crise douloureuse abdominale de diagnostic incertain. La hernie devient tendue, douloureuse, irréductible et domine bientôt la situation.

L'intervention met en présence d'une épiploïte aiguë, étranglée dans le canal inguinal et en décèle la cause dans un appendice pelvien en voie de gangrène et prêt à la perforation.

Un cas d'inflammation aiguë du cæcum. — M. Bovier a opéré un cas de lésion inflammatoire aiguë localisée à la paroi antérieure du cæcum, nettement séparée de l'appendice et sans aucune participation de celui-ci à l'inflammation.

Cliniquement, c'était exactement le tableau d'une appendicite aiguë. Histologiquement, l'inflammation banale, sans aucun caractère spécifique, infiltrait toutes les tuniques. Opératoirement, après appendicectomie, l'auteur fit une résection de la paroi du cæcum au large de la lésion.

Il discute l'origine possible de cette lésion rare : origine vasculaire, corps étranger ou diverticule.

Tumeur mammaire bilatérale chez un homme. — M. F. Busser présente l'observation d'un homme de 72 ans, porteur de deux grosses tumeurs des seins, apparues à six mois d'intervalle, n'envahissant pas les plans profonds, l'une avec métastase ganglionnaire. Ces tumeurs, de structure épithéliomateuse, trabéculaire et polyadénomateuse, n'avaient pas fait de métastases après deux ans d'évolution.

L'auteur insiste sur cette lésion exceptionnelle par son évolution et par sa structure qui est en contradiction avec les notions histologiques actuelles quant au pronostic.

Séance du 7 juin 1946

Deux cas d'iléite terminale. — MM. G. Luquet et A. Le Roy présentent deux cas de cette affection traitée par résection, l'une en un temps, l'autre en deux, avec guérison. Ils passent en revue cette question si complexe, si peu au point et proposent comme traitement :

1° Dans les formes légères, l'abstention ;

2° Dans les formes moyennes, la résection ;

3° Dans les formes graves, l'exclusion complète, par section de l'intestin, du bout inférieur qui est fixé à la peau, traité localement et réséqué secondairement à froid, tandis que le bout supérieur est anastomosé dans le colon.

Sur la maladie de Hoffa. — MM. L. Lamy et R. Weiss décrivent cette affection peu connue des médecins et qu'il y a intérêt à connaître, car elle est parfois très gênante et cependant très curable.

A l'occasion d'un cas récent, les auteurs font un rappel succinct de l'anatomie normale et pathologique du ligament adipeux, dont l'inflammation détermine une douleur localisée de chaque côté du ligament rotulien. Ces malades sont souvent considérés comme suspects de tumeur blanche du genou.

Les auteurs insistent sur la possibilité de différencier la maladie de Hoffa avec les tumeurs blanches, les méniscites, les ruptures méniscales, les kystes méniscaux, les tumeurs osseuses, l'ostéochondrite disséquante... Lorsque la physiothérapie a échoué, le traitement de choix est l'ablation du ligament adipeux qui paraît toujours suivi de succès total.

Invagination de l'appendice. — M. Weber présente un cas d'invagination presque totale de l'appendice chez un enfant de 5 ans, ayant présenté deux crises douloureuses nocturnes séparées par un intervalle d'un mois. La seconde de ces crises était caractérisée par des douleurs paroxystiques et intermittentes absolument comparables à celles d'une invagination intestinale.

Essai sur la signification des ostéomes. — MM. F. Masmonteil et J. Leuret, à propos d'un ostéome du crâne et d'un ostéome du quadriceps, reprennent l'étude des ostéomes en général. Ils reconnaissent deux types :

1° Les ostéomes squelettiques, spongieux ou compacts et éburnés qui siègent habituellement au niveau des os plats et sont sans histoire clinique ;

2° Les ostéomes non squelettiques, beaucoup plus fréquents. Parmi ceux-ci, les uns sont paraosseux, développés au voisinage d'une fracture, véritables cals aberrants ; les autres sont téléosseux. C'est le cas des ostéomes musculaires (adducteurs, quadriceps) et des ossifications de cicatrice surtout fréquentes dans les médianes susombilicales.

Du point de vue pathogénique, les ostéomes du squelette apparaissent comme des réactions hyperplasiques.

L'interprétation des ostéomes non squelettiques est plus complexe, surtout pour les téléosseux.

Il ne peut s'agir ni de néoplasie, ni d'hyperplasie, mais semble-t-il, de métaplasie osseuse du tissu conjonctif. L'ossification hétérotopique résulte de la coïncidence d'un fait pathologique, la calcification d'une zone de nécrose et d'un fait biologique, la métaplasie osseuse du tissu conjonctif à l'endroit où se fait la calcification.

Evolution torpide de certaines tuberculoses rénales. — M. F. Busser présente l'observation d'une femme de 42 ans, ayant eu une pleurésie à 11 ans et une lobite il y a dix ans, traitée par un pneumothorax encore entretenu à l'heure actuelle. Une très légère albuminurie a fait pratiquer une urographie qui a décelé une pyonéphrose du rein gauche.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 25 juin 1946

Compte rendu du Congrès suisse de pédiatrie. — M. Léon Tixier.

Ataxie aiguë type Leyden. — MM. J. Maire et Seringe présentent un nourrisson de 26 mois chez qui sont apparus brusquement depuis un mois une astasie-abasie, de la dysmétrie, des troubles de la parole et un nystagmus horizontal. La ponction lombaire a montré une réaction méningée.

Un cas d'hermaphrodisme. — M. Heuyer présente une fillette de 8 ans, mesurant 1 m. 30, à toison pubienne de type féminin chez laquelle on trouve à la fois une verge et un vagin ; il n'y a pas d'utérus perceptible, mais on sent deux masses inguinales qui peuvent être des testicules. Une sœur est atteinte de macrogénitosomie précoce. Il discute l'étiologie de ces cas et rejette l'origine épiphysaire.

Cardiopathie et cataracte congénitales. — MM. R. Debré, Thieffry et Alloiteau présentent un nourrisson de 5 mois dont la mère a été atteinte de rubéole pendant le premier trimestre de la grossesse et qui est atteint d'une cardiopathie caractérisée par un éréthysme cardiaque, un double souffle et un gros cœur globuleux à la radio en même temps que d'une cataracte congénitale. A titre accessoire existent une hypotrophie, une hernie ombilicale et une touffe de poils sacrés. Cette étiologie semble assez fréquente à l'origine de cette double affection.

Purpura aigu supprimé. — MM. Marquézy, Eck et Canivet présentent un enfant qui fut atteint au cours d'une septicémie méningococcique d'un purpura dont les éléments ont suppuré le cinquième jour et ont fini par guérir lentement en laissant à leur suite des cicatrices brunâtres.

Arrêt de croissance chez un enfant après une rupture traumatique de l'urètre. — MM. M. Lamy, Kaplan, J. Bernard, Mlle Jammet et M. Paley présentent un enfant de 14 ans atteint à 6 ans d'une rupture traumatique de l'urètre membraneux traitée par cystostomie et sonde à demeure. Cet enfant a cessé très rapidement et à peu près complètement de croître après l'accident et présente actuellement une déficience certaine du fonctionnement rénal caractérisé par une élévation de la constante d'Ambard, un défaut de concentration urinaire et une élimination défectueuse de la sulfone-phenolphtaléïne.

Mort subite chez un nourrisson après examen radiologique de l'estomac. — M. Lamy, Mlle Jammet et M. Paley rapportent l'observation d'un nourrisson ayant absorbé à 7 heures un biberon baryté et touvé mort dans son lit à 9 h. 30. Une

radiographie faite aussitôt après la mort a montré une opacité pulmonaire due à l'inondation barytée et à l'autopsie on a pu constater la présence dans les bronchioles et alvéoles d'une matière pulvérulente.

Méningite suppurée à streptocoques guérie chez un nouveau-né. — MM. Joseph et Buot présentent un nourrisson ayant présenté à l'âge de 4 jours de la cyanose après la tétée et deux jours plus tard une hyperthermie légère. Une ponction lombaire ayant montré un liquide purulent, ils ont institué un traitement par la pénicilline ; la fièvre disparaît en 24 heures et le liquide devient clair en deux jours. Cet enfant va maintenant très bien et n'a pas perdu de poids.

Considérable puzzle vertébral. — M. Rœderer présente les radiographies d'une malade atteinte d'anomalies multiples de la colonne vertébrale en même temps que de malformations costales.

De la gravité particulière des diphtéries consécutives à la première injection vaccinale. — M. Robert Rendu (de Lyon).

Contribution à l'étude de l'anorexie du nourrisson et de l'enfant. — MM. Levesque, Dailly et Bastin ont étudié un certain nombre d'anorexies essentielles survenues précocement avant 4 mois et montrent que ces enfants vomissent très tôt volontairement et mâchent mal après guérison. Le gavage permet la croissance mais ne guérit pas l'anorexie ; l'hypotrophie n'apparaît qu'après 2 ans. Ils ont noté surtout la fréquence de l'hypertension, la possibilité d'hyperglycémie et les résultats variables de l'épreuve d'hyperglycémie provoquée. Hormis le cas d'insulino-résistance, il semble que l'insuline donne les meilleurs résultats thérapeutique, surtout lorsqu'il y a choc insulinique.

X° CONGRÈS FRANÇAIS DE GYNÉCOLOGIE

Lyon 27-29 mai 1946

Le X° Congrès français de Gynécologie a tenu ses assises annuelles à la Faculté de Médecine de Lyon, sous la présidence d'honneur de M. le professeur Costa-Sacadura, de Lisbonne, et la Présidence de M. le professeur Cotte.

La séance inaugurale a été ouverte par M. Allix, recteur de l'Académie de Lyon, entouré de MM. Herrmann, doyen de la Faculté de Médecine de Lyon et E. Douay, président de la Société française de Gynécologie.

Des discours furent prononcés par MM. Allix, Costa-Sacadura, Cotte et Maurice Fabre, secrétaire général du Congrès.

Noté parmi les nombreuses personnalités étrangères présentes : Professeur Green-Armytage et Miss Barnes (Londres), MM. Kartan (Boston), Professeurs Bourg (Bruxelles) et Schokaert (Louvain), Professeurs de Snoo (Utrecht) et de Groot (La Haye), Dubuis (Lausanne), Gueissaz (Neuchâtel), d'Ernst (Genève), Jaameri (Helsinki), Cabral-Sacadura (Lisbonne). De nombreux gynécologues français participèrent à cette réunion

La question à l'ordre du jour était : *L'ovulation et ses troubles.*

PREMIER RAPPORT

L'ovaire féminin envisagé d'après les récentes acquisitions histologiques et histophysiologiques

M. G. Dubreuil (Bordeaux)

L'auteur a résumé les faits histologiques et leur interprétation relatifs à l'ovaire de la femme. Il a insisté uniquement, dans l'exposé de son rapport, sur les conditions histologiques de l'ovulation, ou plutôt de la *ponte folliculaire*. Celle-ci, constituée par l'expulsion du liquide folliculaire en gelée, entraînant une partie du cumulus oophrorus et l'ovule en maturation, ne peut être le fait des muscles ovariens, limités au hile et aux gros vaisseaux, sans action sur une albuginée, qui n'existe pas. La *déhiscence du follicule* est due à une hypertension congestive rapide, conséquence de l'hypersécrétion du liquide folliculaire qui entraîne la rupture de la paroi superficielle mince : *la ponte* est due à l'expulsion du liquide par une exsudation séro-fibrineuse, qui se coagule sur place en remplaçant les parties expulsées. Cet exsudat se retrouve dans la cavité du corps progestatif. Ces phénomènes sont sous la dépendance d'actions réflexes et humorales, insaisissables par l'histologie, faute de congestion, faute d'exsudation : cycles anovulaires ou aprogestatifs inefficaces, follicules plissés.

II° RAPPORT

Mécanismes de l'ovulation Standardisation des Gonadotrophines

M. R. Moricard (Paris)

Il est aujourd'hui démontré que les gonadotrophines qui passent dans la circulation générale accélèrent le développement folliculaire, déclenchent une modification du vacuome des cellules péri-ovocytaires suivie de maturation ovulaire et d'ovulation. Il est probable qu'il intervient un mécanisme diastasique intrafolliculaire dans les conditions de la rupture folliculaire. Il est démontré que le mécanisme de la secrétion hypophysaire est en partie sous la dépendance d'une régulation nerveuse qui semble avoir deux sièges importants : le ganglion cervical supérieur et le tuber.

L'équilibre hormonal quantitatif qui règle l'ovulation chez la lapine ou chez la souris est relativement bien connu. Ce problème posologique n'est pas résolu chez les Primates et chez la femme. Il est absolument nécessaire que, dans les années à venir, l'industrie française élève la concentration des ampoules commerciales qui sont mises à la disposition des gynécologues français. Les hormones contenues dans certaines ampoules commerciales sont actives, mais la concentration en est insuffisante. Il semble que l'ordre de grandeur des doses nécessaires pour provoquer l'ovulation chez la femme soit comprise entre 1.000 et 50.000 U. I. de gonadotrophine sérique ou choriale, ce qui est au moins de 10 à 50 fois supérieur aux doses actuellement utilisées en France.

III° RAPPORT

Les tests de l'ovulation chez la femme

M. Raoul Palmer (Paris)

Il n'y a de *certitude d'ovulation* que par la constatation de l'ovule libre fécondé ou non, ou de la grossesse consécutive. En dehors de cela, il n'y a que *probabilité d'ovulation*, quand on constate des signes de rupture folliculaire et d'activité lutéinique consécutive.

La certitude d'un *cycle lutéal* peut être basée sur la constatation d'un endomètre prémenstruel typique, ou d'une courbe typique d'excrétion du prégnandiol ; une très grande probabilité peut être basée sur une courbe thermique typique. Une très grande probabilité, mais non une certitude absolue de cycle *alutéal* peut être basée sur la constatation d'un endomètre prémenstruel folliculinique, ou d'une absence persistante du prégnandiol dans l'urine ; ou d'une courbe thermique monophasique typique.

Normalement l'ovulation survient le quinzième jour avant le début des règles suivantes.

Les signes d'une ovulation imminente ou très récente sont, par ordre de sécurité décroissante : la crise intermenstruelle, quand elle est typique et brève ; l'hémorragie intermenstruelle, quand elle est typique et brève ; la glaire filante, quand elle est brève ou présente un maximum bref ; la courbe thermique passe par un minimum ou commence juste à remonter ; l'endomètre présente un début d'infiltration glycogénique discrète, les dosages urinaires montrent un pic de folliculine et de gonadotrophine ; il peut y avoir un pic de potentiel abdomino-vaginal.

En pratique, il faut, au cours d'un ou de plusieurs cycles, faire l'étude convergente et échelonnée de plusieurs tests dans la période autour de l'ovulation, avec éventuellement une vérification cœlioscopique, pour utiliser ultérieurement avec une sécurité accrue les tests à réponse immédiate, crise intermenstruelle, glaire filante et courbe thermique.

IV° RAPPORT

La crise intermenstruelle

M. Ernest Gueissaz, Neuchâtel (Suisse)

L'auteur, après des considérations sur la pathogénie de la crise intermenstruelle, conclut que la crise ne peut être considérée comme une douleur d'ovulation parce que la ponte n'occupe qu'un instant dans la durée de la crise. C'est une perception anormale et douloureuse du mécanisme utéro-annexiel de préparation à la ponte et de réception de l'ovule. La crise intermenstruelle est donc une douleur de préovulation, d'ovulation et de suite d'ovulation. La crise intermenstruelle n'est pas un test d'ovulation certain. La crise intermenstruelle peut se pro-

duire exceptionnellement sans ponte, l'auteur a pu avec d'autres déclencher le syndrome artificiellement en dehors du moment de la ponte. Une femme sur cent malades d'affections gynécologiques se plaint de crise intermenstruelle. Il y a presque toujours chez ces malades des altérations annexielles d'origine infectieuse ou dystrophique.

Ve RAPPORT

Le rôle des troubles de l'ovulation dans la pathologie gynécologique

MM. J. A. Schockaert et J. Ferin (Louvain)

Nos connaissances sur les troubles de l'ovulation chez la femme sont encore très réduites : on peut distinguer *la dysovulation*, c'est-à-dire la rupture folliculaire sans expulsion de l'ovule ou avec expulsion d'une ovule immaturée ; la *paraovulation*, c'est-à-dire l'ovulation se produisant en dehors du moment habituel, éventuellement au cours de la grossesse ; et *l'anovulation*, c'est-à-dire l'absence de rupture folliculaire. Cette dernière qui est moins fréquente que les publications de vulgarisation gynécologique le veulent, peut être suivie ou non de la transformation progestative du follicule non rompu. L'examen macroscopique et surtout histologique des ovaires enlevés, combiné à l'exploration complète échelonnée de tous les récepteurs hormonaux, spécialement l'endomètre, ainsi que des dosages hormonaux sont indispensables pour établir la nature et la variété des troubles ovulatoires.

VIe RAPPORT

Les hémorragies d'origine folliculaire

M. Jean Figarella (Marseille)

Très rare, l'hémorragie folliculaire est l'apanage des *femmes jeunes*.

Survenant vers le milieu du cycle ou au début de la dernière semaine, elle se manifeste par une brusque crise douloureuse abdominale basse avec pâleur, lipothymies et accélération du pouls. L'absence de retard de règles élimine la rupture de grossesse extra-utérine mais il faut écarter l'appendicite malgré un fréquent petit fébricule et une défense douloureuse d'une fosse iliaque, la droite en général. Une légère sensibilité du Douglas et sa ponction y aideront. A côté des formes hémorragiques pures prennent place des formes masquées (pseudo-appendiculaire, pseudo-salpingienne...).

L'hématome folliculaire semble se constituer à la faveur d'une brusque et courte hyperprolanémie, mais l'hémorragie intrapéritonéale paraît exiger un trouble ischémique de la paroi folliculaire. Quand au mécanisme de la ponte ovulaire hémorragique, il ne mérite pas d'être retenu.

Le traitement doit être à la fois chirurgical et conservateur.

VIIe RAPPORT

Traitement des troubles de l'ovulation

M. G. Cotte (Lyon)

Dans son rapport, Cotte envisage successivement les troubles résultant d'une absence d'ovulation, d'ovulations bloquées, d'ovulations douloureuses.

I. — Absence d'ovulation : L'auteur ne retient que les cas où les fonctions végétatives de l'ovaire sont conservées. Si l'ovaire était toujours réceptif, avec les gonado-stimulines, on devrait obtenir le rétablissement de la ponte ovulaire. Mais nous ne connaissons pas encore l'unité-femme ; il semble que, par la voie intraveineuse, on ait des effets meilleurs que par la voie souscutanée. Malheureusement, les hormones dont nous disposons ne sont pas assez purifiées pour être utilisées par voie intraveineuse et elles ne sont peut-être pas assez concentrées.

Après avoir étudié la thérapeutique hormonale Cotte passe en revue les autres méthodes de traitement. En ce qui concerne les méthodes chirurgicales, il montre les heureux effets obtenus chez les femmes stériles par l'ablation d'une lésion annexielle unilatérale, ou bien à la suite d'une simple hystérométrie, d'une électrocoagulation superficielle du col, etc... Il semble que dans bien des cas, le rétablissement de la ponte ovulaire soit le fait de réflexes neuro-hormonaux, tels que ceux que Foe et Parkes ont mis en évidence chez la lapine.

II. — Dans les ovulations bloquées qui entraînent tantôt une aménorrhée plus ou moins prolongée, tantôt des métrorragies, Cotte montre que la seule ablation du kyste, parfois même la ponction simple d'un kyste folliculaire au cours de l'intervention suffit à faire cesser les troubles. On peut souvent conserver l'ovaire.

III. — Le traitement de la crise intermenstruelle fait l'objet d'une étude très complète, car, là, on peut donner plus de précision que pour les ovulations absentes. Malgré leur fréquence, les douleurs de l'intermenstruum sont mal connues de la plupart des chirurgiens qui, croyant à une appendicite, alors qu'il n'y a ni fièvre ni contracture, n'en font pas moins l'appendicectomie. Lorsque les phénomènes sont passagers, ne dépassant pas deux à trois jours, il est bien certain qu'il ne s'agit que de poussées congestives.

Communications diverses

La décapsulation précoce dans le traitement des anuries graves *post abortum*. — MM. Masse, Mahon et Dax (Bordeaux).

Un nouvel œstrogène synthétique administré par voie buccale. — M. R. Wenner (Bâle).

L'origine et la réduction des endométrioses. — M. K. de Snoo (Utrecht).

H. G. K. postménopausique, le test de Cordier et l'origine de l'hyperfolliculinémie. — M. R. Bourg (Bruxelles).

Augmentation des déformations congénitales depuis la dernière année de guerre en Hollande. — M. J. de Groot (La Haye).

Posologie de l'activité thérapeutique comparée des œstrogènes de synthèse. — Mme F. Moricard (Paris).

La frigidité, effets aphrodisiaques des implantations de testostérone. — Mme Irène Bernard (Bordeaux).

Y aurait-il un processus d'infarcissement dans le mécanisme de la menstruation. — M. F. Cabral Sacadura (Lisbonne).

Flore vaginale et cycle menstruel. — M. K. E. U. Jaameri — (Helsinki).

Analyse de 100 succès dans le traitement de la stérilité conjugale. — M. Bretèche (Nantes).

Sur un cas de superfœtation. Coexistence de deux grossesses intra et extra-utérine d'âge différent. — M. Ezes (Alger).

Augmentation du taux de la bilirubinémie après avortement provoqué par injection intra-utérine d'eau savonneuse. — MM. A. Aimes, P. Monnier, et H. Estor (Montpellier).

Syndrome ictero-azotemique *post abortum* avec élévation considérable du taux de la bilirubinémie. — MM. A. Aimes, P. Monnier et H. Estor (Montpellier).

La résection ovarienne bilatérale subtotale. — M. Jean Villar (Bordeaux).

Etude gynécologique d'une rescapée des camps allemands. — M. J.-E. Marcel (Paris)

Un cas de pseudo-hermaphrodisme féminin. — M. Quichon (Besançon)

Maurice Fabre.



CHRONIQUE

« UNE VIE » (1)

Sous ce titre, Dominique Renouard a écrit la trop brève carrière du Dr Lucie Abricossoff. Œuvre de piété dictée à l'auteur par une tendresse familiale où ceux qui l'ont connue, ceux qu'elle a soignés, guéris, réconfortés, secourus, retrouvent les traits dominants de son caractère : sensibilité, dévouement sans limites, don de soi-même, délicatesse scrupuleuse, qu'on pouvait déjà pressentir chez elle dès la petite enfance, partagée entre Paris et la côte basque. Elle puisa à son foyer le goût de la médecine et ses années d'internat la retiennent aux Enfants-Assistés chez Victor Veau, aux Enfants-Malades chez Apert. Elle a été l'élève de Ribadeau-Dumas. Je l'ai connue et appréciée à l'hôpital Ambroise-Paré et retrouvée aux Enfants-Malades lorsque j'ai pris le service de mon collègue Armand Delille. Partout elle était aimée de ses chefs, de ses collègues, du personnel, des malades. Sa vie était un exemple et les périodes de guerre exaltèrent sa soif de dévouement.

Sa vie de médecin, toute dévouée à la médecine d'enfants, se complète et s'épanouit par l'apostolat social, en ville, à l'hôpital et surtout dans cette admirable « Résidence sociale » de Levallois où elle s'associa de toute son âme à l'œuvre de la regrettée Mlle Bassot. Elle donna aussi à la Croix-Rouge une active collaboration dans l'enseignement aux infirmières. Il est émouvant de se souvenir qu'elle s'était liée d'une étroite amitié avec Mlle Edith Bœgner, dont la vie fut aussi un exemple...

Elle connut deux guerres, autant d'occasions de se dévouer, de protéger les petits proscrits pourchassés par l'ennemi, les enfants de déportés, d'exalter sa charité, son esprit de tolérance. Et puis la maladie survint, sournoise, mais pour un médecin, révélatrice, à la faveur d'examens biologiques qui ne peuvent tromper un esprit averti. Les accalmies qu'apporte le traitement rendent un temps l'espoir aux profanes, elle les a souvent consolés, cet espoir ne lui est pas permis. Mais pour les siens, pour ses amis, elle conserve son calme, une espérance pourtant lui reste, celle d'assister à la victoire de la France, ne disait-elle pas la veille de sa mort : « Si j'entendais la musique des chasseurs dans la rue, je mourrais de joie. » Le 24 mai 1944, trois mois trop tôt, elle fermait les yeux pour toujours.

Quelques semaines plus tard, ses camarades, ses anciens chefs, les surveillantes, les infirmières, des malades reconnaissants, mais inconsolés, tous ses amis donnaient à son souvenir une heure de recueillement dans le vieil hôpital de l'Enfant-Jésus où elle avait tant donné d'elle-même.

Le livre émouvant de Dominique Renouard entretient son souvenir ; on ne peut, à sa lecture, s'empêcher de penser combien celle dont il relate la vie aurait eu de rayonnement, aux heures troubles où nous sommes. D'avoir entretenu cette flamme d'ardente charité est plus qu'un geste pieux : une bonne action.

Julien HUBER.

(1) Une Vie, par Dominique RENOUARD. Imprimerie Rey-Robert, 2, rue de la Collégiale, Paris (5e).

INTERETS PROFESSIONNELS

Conseil national de l'Ordre des médecins

M. le professeur Portes, président du Conseil national, a reçu le 1er aout les représentants de la presse médicale et, dans une causerie familière, les a mis au courant des travaux du Conseil depuis le mois de mai.

Le Code de Déontologie est enfin prêt à paraître ; le Conseil d'Etat l'a approuvé et il est probable que d'ici quelques semaines, il paraîtra au « Journal Officiel ».

Le « Protocole d'accord » entre le Conseil national de l'ordre et la Confédération des syndicats médicaux est un événement qu'il faut saluer. Nos lecteurs ont pu en prendre connaissance dans notre précédent numéro. Ce protocole délimitant les pouvoirs de ces deux organisations évitera bien des conflits ou simplement des malentendus.

Parmi les principales questions étudiées par le Conseil national figure d'abord l'inscription au tableau. Cette inscription doit être faite d'office pour tous les médecins exerçant. Il a paru utile de permettre au Conseil de prendre connaissance des casiers judiciaires et du dossier scolaire des étudiants. En Amérique, un tel examen permet une sélection des étudiants avant leur entrée dans les facultés.

Une deuxième question d'une haute importance est abordée par M. le Président. Il s'agit de la politique financière de l'Ordre. Depuis que l'Ordre a rendu aux syndicats les biens qui leur appartenaient, la situation est devenue difficile. Un projet de caisse autonome n'a pas abouti. Le président ne désespère pas d'obtenir satisfaction.

D'autre part, la question de la retraite du médecin paraît bien compromise en raison de la loi de sécurité sociale qui englobera toutes les retraites.

La qualification des spécialistes reste à l'ordre du jour. Il y aura lieu de considérer les spécialistes vrais et les spécialistes à compétence spéciale par intermittence.

La désignation n'apparaît pas très difficile. Au cours de la causerie du président, notre collègue Rouèche, président de la Chambre syndicale, suggéra que l'élection d'un médecin par une société de spécialistes tiendrait lieu d'un diplôme de spécialiste. L'idée paraît bonne.

La désignation de spécialistes chirurgiens obstétricaux, O.-R.-L., etc., ne soulève aucune difficulté.

La difficulté commence quand il faut décéder si un pédiatre, par exemple, qui est en même temps un médecin de famille, est un vrai spécialiste.

Faisons crédit au jugement du Conseil pour établir une règle sûre et juste.

Le Président nous entretient encore des médecins d'usine, puis de la licence de remplacement, à laquelle notre collègue Lavalée attache une grande importance. Le président nous déclare que la licence de remplacement n'est pas supprimée, qu'elle est fort utile pour couvrir le médecin remplacé et lui garantir que son remplaçant est habilité à le suppléer.

Il fut encore question des cabinets annexes, qui sont licites, et des nouveaux examens auxquels seront soumis périodiquement tous les Français.

Pour ces examens apparaît l'utilité des associations de confrères permettant des examens complets par le médecin général, par le médecin radiographe, etc. Le travail ne manque pas, on le voit, au nouveau Conseil.

Information de la Chambre syndicale des médecins de la Seine

A l'époque des vacances, la Chambre syndicale des médecins de la Seine demande à des confrères de Paris et de banlieue de bien vouloir indiquer à leur clientèle les noms et adresses des médecins de leur voisinage auxquels les malades pourraient avoir recours en leur absence.

Les médecins ne prenant pas leurs vacances au mois d'août pourront donner leurs noms et adresses à la Chambre syndicale, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, qui pourra les transmettre aux confrères devant s'absenter.

INFORMATIONS

Fin

Travail

Le ministre du Travail a désigné pour le représenter au Conseil national de l'Ordre des médecins, le Dr Hector Descomps, et au Conseil national de l'Ordre des chirurgiens-dentistes et au Conseil national de l'Ordre des sages femmes, le Dr Hilaire.

Reconstruction et urbanisme

Comité d'aménagement de la région parisienne. — Un arrêté en date du 24 juillet nomme membre de ce Comité, pour une durée de trois ans, M. le Professeur Tanon, membre de l'Académie de Médecine.

Congrès

XXIIIe Congrès français de médecine légale

Le XXIIIe Congrès de médecine légale se tiendra à Paris les 18 et 19 octobre 1946, sous la présidence de M. le professeur Duvoir. Des rapports de médecine légale, de traumatologie et de police scientifique seront présentés.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Piédelièvre, 5, rue Cassini, Paris (14e), serétaire général, ou à M. le Dr Derobert, 1, rue Clovis, Paris (5e), secrétaire général adjoint.

Congrès panaméricain de pédiatrie

A la fin de 1948, à New-York, se tiendra le premier Congrès panaméricain de pédiatrie. Le Dr J. L. Durand, de Seatle, en est le président ; le Dr Hurtade, de La Havane, le vice-président.

Questions à l'étude : 1° L'étude des problèmes en rapport avec le diagnostic et le traitement des maladies infantiles ; 2° Examen des méthodes d'enseignement en vigueur pour les pédiatres.

IVe Congrès des Médecins électro-radiologistes de langue française

Faculté de Médecine de Paris, 9-12 octobre 1946, président d'honneur, M. le professeur Baudoin ; président, M. le Dr Delherm.

Questions à l'ordre du jour :

1° RADIO-DIAGNOSTIC. — Etude critique sur le rhumatisme vertébral, par le Dr Lachapelle, médecin électro-radiologiste des hôpitaux de Bordeaux ;

2° ELECTROLOGIE. — Possibilités et limites de l'électro-encéphalographie, par le professeur Baudoin, doyen de la Faculté de Médecine de Paris et le Dr Fischgold, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris ;

3° ROENTGENTHÉRAPIE. — La radiothérapie de contact :

a) En dermatologie, par le Dr Cottenot, électro-radiologiste des hôpitaux de Paris (Saint-Louis) et le Dr Bourdon, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris ;

b) Dans le cancer du rectum, par le professeur Lamarque, de l'Université de Montpellier et le Dr Gros, assistant d'électro-radiologie des hôpitaux de Montpellier.

Il y aura aussi une exposition d'appareilage en électro-radiologie. Le matin, des visites seront organisées dans certains laboratoires et services hospitaliers où seront présentées les nouveautés en électro-radiologie. Le nombre des visiteurs est limité. En s'inscrivant, les congressistes recevront la liste des services qui leur seront ouverts.

Inscription dès maintenant au secrétaire général adjoint : Dr Cherigie, 9, rue Daru, Paris.

Cotisation : 500 francs pour les membres actifs et 200 francs pour les membres associés, à adresser au trésorier : Dr Proux, également, 9, rue Daru, Paris.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au président : Dr Delherm, 1, rue Las-Cases, Paris (7e).

Statues de savants

On sait que pendant la tourmente les occupants ont fait disparaître la plupart des statues de Paris. Pillage du bronze ou vengeance, comme pour la statue du général Mangin.

Ces jours derniers a été rétablie, en face du Collège de France, la statue de Claude Bernard. On sait aussi qu'un Comité s'est formé pour faire renaître le monument de Pelletier et Caventou, et ce sera un acte de justice et de reconnaissance envers deux grands savants.

Nécrologie

Nous apprenons le décès subit du Dr Maurice Le Roy des Barres, chevalier de la Légion d'honneur, directeur de la maison de santé d'Epinay. Il était le neveu de notre regretté collègue Adrien Le Roy des Barres, ancien directeur de l'Ecole de Médecine de Hanoï, décédé pendant l'occupation japonaise.

— Le Dr Fleury Rebatel, médecin des asiles, décédé à Lyon, à l'âge de 64 ans. Il était le fils du regretté Dr Rebatel et le beau-frère de M. Edouard Herriot.

— On annonce la mort, à Amélie-les-Bains, du Dr Pujade, qui y exerçait depuis 1912. Notre confrère était le fils du pharmacien centenaire d'Amélie, le neveu du regretté Dr E. Pujade, ancien maire de la station et député des Pyrénées-Orientales, le beau-frère du Dr Pierre Rolland, directeur des laboratoires Rolland, et du Dr Druard, de Puteaux.

Lorsque la reine Amélie, femme du roi Louis-Philippe, fit créer, en 1832, l'hôpital militaire et la commune d'Amélie-les-Bains, les, le beau-frère du Dr Pierre Roland, Pereire et Pujade. Pendant plus d'un siècle, les docteurs Pujade furent les animateurs de la belle station catalane.

Maurice Mordagne.

LIVRES NOUVEAUX

La Méthode du lever précoce en chirurgie abdominale. Prophylaxie des phlébites et embolies post-opératoires (suppression de la maladie post-opératoire), par André Chalier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon. Un volume de 112 pages (Collection Médecine et Chirurgie : Recherches et Applications, numéro 42). Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1945.

Le principe du lever précoce paraît avoir été énoncé par Ries (de Chicago), en 1888.

Il ne semble pas que le chirurgien américain ait été suivi à cette époque. En France, cependant, des chirurgiens d'avant-garde, comme mon maître, Lucas Championière préconisaient la mobilisation précoce des fractures, puis M. Pierre Delbet réalisait d'admirables appareils de marche. Mais les chirurgiens ne paraissaient pas disposés à s'aventurer dans ce sens.

Jean-Louis Faure, un des premiers, osa réduire le temps d'immobilisation de ses opérés, passant de 21 à 12 jours. D'autres chirurgiens allèrent plus loin. Je me souviens que mon collègue et ami Abel Desjardins renvoyait ses opérés d'appendicite le neuvième jour, par l'autobus, et cela paraissait très extraordinaire et imprudent.

Mon ami le professeur Chalier, qui avait étudié la question avant la guerre de 1914, la reprit en 1919 en faisant faire par son élève, M. Vaïsse, une thèse où 180 cas personnels de Chalier étaient réunis.

Depuis, Chalier, avec sa ténacité et son merveilleux jugement, n'a cessé d'améliorer sa méthode.

C'est le résultat de son expérience qu'il nous apporte aujourd'hui en un petit livre admirable de clarté et de précision.

Il étudie avec soin les variations individuelles qui permettent de fixer la date du premier lever. Il n'a pas de peine à démontrer que faire du lever précoce, c'est assurer une guérison plus rapide et de qualité meilleure, en préservant l'opéré des complications dont l'embolie mortelle reste le type.

F. L. S.

Planches coloriées d'anatomie, par P. Foucault, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers. Membre supérieur, 1re série, prix 160 fr. Librairie des Sciences et des Arts, éditeurs, 106 bis, rue de Rennes, Paris.

Les planches d'anatomie ont toujours connu la faveur du public ; mieux qu'un long discours, un bon schéma fixe les notions acquises et précise des détails qui échappent souvent à l'interprétation de dessins tirés de documents photographiques. Les planches, de grand format, sont de lecture facile et leurs teintes en font bien ressortir les différents éléments constitutifs ; elles sont essentiellement maniables, à l'encontre des dessins incorporés dans le texte des traités classiques. C'est dire qu'elles sont surtout recherchées par les étudiants qui peuvent les consulter utilement pour la préparation des concours ; par les prosecteurs qui trouvent ainsi toutes préparées leurs démonstrations au tableau noir, et par les praticiens, qui ont souvent besoin de se remémorer la topographie d'une région.

Les planches demi-schématiques qui ont été tirées avec beaucoup de soin par la Librairie des Sciences et des Arts, sur les dessins, la plupart originaux, de P. Foucault, professeur d'anatomie à l'Ecole de Poitiers, répondent à ces desiderata. Le besoin s'en faisait d'autant plus sentir que les ouvrages classiques sont difficiles à trouver et que la période des concours approche. La première pochette de 14 dessins à trait à l'anatomie du membre supérieur ; d'autres paraîtront incessamment intéressant les membres supérieur et inférieur, puis le tronc et la tête.

Panorama de la Biologie, par Remy Collin, Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy. Editions de la Revue des Jeunes, Paris 1945. (Collection Initiations.)

Dans cette collection qui a pour but d'offrir à la jeunesse cultivée une présentation succincte, mais précise et sérieuse, de diverses questions étrangères à l'habituelle occupation, mais intéressant la culture générale, c'est la biologie que l'auteur a voulu faire connaître dans ses grandes lignes aux non-biologistes.

Le propos général est à la fois documentaire et philosophique. Ayant défini la biologie, l'auteur en expose les acceptions et les développements successifs : la biologie concrète avec ses disciplines morphologiques, physiologiques, ses spécialités ; la biologie théorique avec les hypothèses fixiste et transformiste et les critiques qu'on en peut faire ; la biologie philosophique, enfin, avec l'exposé et la critique du mécanisme, du vitalisme et des diverses conceptions de la finalité.

Le panorama se termine par une étude de la vocation de biologiste, particulièrement digne d'attention et qui rattache l'ouvrage au but général envisagé.

Il sied de féliciter l'auteur, en des temps peu favorables à la spéculation philosophique, d'avoir réussi à exposer, en des termes si clairs et si appropriés à la fois, une synthèse de tant de notions aisément arides pour des intelligences non préparées et qu'une terminologie aisément rebutante ne peut qu'écarter ; il a su résumer, en demeurant clair, en se servant du langage le plus classique et indiquer la bibliographie récente et expertement choisie qu'il fallait.

La synthèse d'une science, comme la science elle-même, doit être une langue bien faite.

R. L.

Pensées, paroles et projets concernant la médecine de demain, par Maurice DELORT. Un vol. in-8° de 220 pages. Prix : 60 fr. Paul Hartmann, éditeur, 11, rue Cujas, à Paris (5e), 1945.

Voici un livre de toute actualité. Il contient beaucoup de bonnes choses. Notre collègue, Maurice Delort, s'est attaché avec une grande clairvoyance et non moins de bon sens, à examiner la situation du médecin aujourd'hui et à la comparer à ce qu'elle devrait être demain. La situation actuelle du praticien est peu enviable, certes, il est accablé par des charges sans cesse augmentées. L'avenir sera-t-il meilleur ? Maurice Delort, qui est un réalisateur ayant fait ses preuves, pense que le corps médical peut et doit arriver à sauvegarder son indépendance et à conquérir dans l'Etat la place qui lui revient. Notre confrère donne à cet égard des conseils qui sont à méditer. Il faut lire son excellent volume.

F. L. S.

Les Ondes courtes en thérapeutique, par J. SAIDMAN et Jean MEYER, préface du professeur d'Arsonval. 2e édition revue, corrigée et augmentée. Un vol. in-8° de 300 pages avec 131 figures dans texte, 15 francs. G. Doin, éditeur, Paris, 1946.

La question des ondes courtes a subi une évolution importante depuis 1935, date de la première édition de ce livre. Plusieurs discussions internationales au cours de divers congrès, lui ont été consacrées.

Cet ouvrage simplifié en même temps que complété, expose les modifications du matériel moderne, discute du choix de l'appareil, caractéristiques, puissance, longueur d'onde. La mise au point réalisée dans ces dernières années, et à laquelle les auteurs ont apporté une sérieuse contribution, permet d'insister sur les données que l'expérience a rendues indiscutables.

Essentiellement clinique, il étudie longuement les indications et la technique des thérapeutiques médicales, et dégage celles qui méritent d'entrer dans la pratique courante. Les syndromes douloureux, les syndromes vasculaires, l'angine de poitrine, l'asthme, les processus inflammatoires, les lésions traumatiques, l'électropyrexie sont l'objet de développements nouveaux.

Un grand nombre de schémas illustrent les techniques préconisées.

L. G.

L'organisation de la santé.

L' « Architecture Française » (1) publie dans un numéro double (100 pages), daté d'octobre-novembre 1945, une très intéressante étude du Dr Nédelec sur l'organisation de la santé et sur le rôle de l'hôpital dans ce domaine.

Au moment où l'on se prépare à reconstruire la France, il est indispensable de songer à la place importante que doit comporter l'hôpital dans la réorganisation sanitaire des régions sinistrées : hôpital de base, hôpital régional, hôpital rural, à la manière de ce qui a déjà été réalisé en Angleterre et en Amérique.

Ce bel album comporte un grand nombre de plans, de photographies et de graphiques se rapportant aux hôpitaux de France, des Etats-Unis et de Grande-Bretagne.

C'est une très importante documentation qui mérite une lecture attentive et nous ne pouvons mieux faire que de souhaiter que, tant à la Reconstruction qu'à la Santé publique, on applique les idées généreuses émises par les différents auteurs.

(1) 41, boulevard de la Tour-Maubourg, Paris (7e). Le numéro : 150 francs.

Memento thérapeutique du praticien colonial, par M. L.-R. MONTEL. Un volume de 118 pages. Masson et Cie, édit., Paris.

Du point de vue thérapeutique, le médecin colonial se trouve presque tous les jours en présence de cas urgents. Son intervention doit donc être prompte, énergique et active. Il ne s'agit pas de suivre un tuberculeux, un cardiaque, un néphrétique, mais de lutter vite contre des accidents morbides rapidement mortels ; peste, choléra, accès pernicieux, dysenteries aigues intoxications et empoisonnements divers.

Or, il résulte de toutes les recherches effectuées, que la plupart des maladies exotiques peuvent être évitées ou guéries grâce aux vaccinations préventives, aux diagnostics précoces et aux traitements nouveaux, efficaces et souvent spécifiques pour beaucoup d'entre elles.

Afin de permettre la mise en œuvre rapide de tous les moyens que nous offre la thérapeutique tropicale, l'auteur résume dans ce memento les connaissances thérapeutiques pratiques susceptibles d'être utilisées par les médecins coloniaux.

Les sujets traités sont classés par ordre alphabétique comme dans un dictionnaire. L'auteur, s'appuyant sur plus de quarante années d'exercice aux colonies et sur les principaux travaux français et étrangers, choisit les principales médications utiles, celles qu'il estime être réellement efficaces. Ce petit livre permettra au médecin colonial, qui est presque chaque jour en présence de cas urgents, d'intervenir activement et avec promptitude.

Physiologie du Travail humain, par Georges MORIN, professeur de physiologie à la Faculté de Médecine de Marseille. Préface du professeur MAZEL. Un volume de 104 pages. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

La médecine du travail, nettement orientée vers la pratique, comporte des bases théoriques formées par les sciences dites fondamentales. Le concours des diverses disciplines biologiques, au premier rang desquelles se placent la chimie et la physiologie lui est nécessaire.

La physiologie en est la base essentielle parce qu'elle est indispensable à la connaissance de l'homme sain — n'est-ce pas la main-d'œuvre saine qu'utilise surtout l'industrie, main-d'œuvre dont les possibilités doivent être exactement connues.

Le concours que la physiologie peut apporter à l'organisation et à la surveillance du travail comporte aussi la mise au point, dans des conditions aussi rapprochées que possible de la pratique, des questions fondamentales, par exemple : valeur des tests d'atelier dans l'orientation de la sélection, étude de la fatigue au cours du travail industriel, détermination des aptitudes physiologiques pour l'exécution de tel acte professionnel, pour l'exercice de tel ou tel métier.

Cet ouvrage, destiné à des médecins, à des étudiants en fin de scolarité, aux candidats aux diplômes d'orientation professionnelle et d'éducation physique, à tous ceux enfin qu'intéressent à divers titres les problèmes physiologiques que soulève le labeur humain, leur apporte des éléments d'informations qui, jusqu'à présent, leur faisaient défaut.

Agents pathogènes du climat. Les éléments contre l'homme, par L.-M. CARLES. Préface du professeur LAIGNEL-LAVASTINE. Un volume de 338 pages. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

On sait combien il est difficile de préciser l'action sur l'organisme humain des facteurs complexes dont l'ensemble constitue le climat et combien prudente doit être l'interprétation des faits constatés, par suite de la difficulté et même de l'impossibilité, dans la plupart des cas, d'avoir recours à des vérifications expérimentales. C'est à l'étude de cette question ardue que L.-M. Carles a consacré de longues et patientes recherches exposées dans ce livre.

L'auteur examine l'action pathologique que les divers éléments climatiques peuvent avoir sur l'organisme et, avant d'exposer pour chacun d'eux les notions acquises et aussi les hypothèses, il rappelle au lecteur les notions cosmographiques, physiques et chimiques dont la connaissance est indispensable.

Ce livre constitue un raccourci de l'ensemble de nos connaissances en « Cosmobiologie », selon le terme employé par le professeur Laignel-Lavastine dans sa préface.

La documentation est extrêmement complète et chacun des chapitres est suivi d'une bibliographie particulièrement abondante. Ce livre intéresse à la fois le biologiste et le médecin, qui y trouvent exposée la somme de nos connaissances sur cette question qui appelle de nouvelles recherches cliniques et biologiques.

Des Français pour la France (Le problème de la population), par Robert DEBRÉ et Alfred SAUVY. Collection Problèmes et Documents. Un vol. in-16 double couronne, comportant cartes et graphiques dans le texte, 135 francs.

Saignée, décimée par deux guerres, affaiblie par le manque de forces jeunes résultant de la baisse de la natalité, la France ne peut retrouver la santé que par la pousse de nouveaux bourgeons vigoureux. Le vieillissement qui s'accentue chaque année, l'invasion étrangère, pacifique ou guerrière, qui menace de combler notre dépression, la crise financière et économique qui écrase les survivants, peuvent être heureusement combattus par une politique claire et forte, qui permette à l'enfant de s'épanouir sainement, à l'adulte de conserver sa vigueur et sa santé, à l'immigrant de s'assimiler à son nouveau milieu.

Problèmes de demain, problèmes d'aujourd'hui, sociaux, sanitaires, économiques, moraux, politiques, trouvent tous une solution brillante dans l'abandon d'un nihilisme discret et parfois honteux, et dans la revanche des forces de la vie.

Acquisitions médicales récentes dans les pays alliés, par le Dr Alphonse ABAZA, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin-assistant des hôpitaux de Paris. Un volume in-8 de 706 pages avec figures : 1.000 fr. — Gaston Doin et Cie, éditeurs, Paris 1946.

Cet ouvrage réunit une série de revues générales faisant le point des acquisitions médicales les plus récentes et des travaux les plus importants réalisés au cours des dernières années tant en Grande-Bretagne qu'aux Etats-Unis. Nul plus que son auteur, le Dr Abaza, n'était qualifié pour présenter un tel ouvrage. En effet, alors qu'il appartenait aux Forces Françaises Combattantes et plus récemment à la Section Epidémiologique de l'U. N. R. R. A., l'auteur a été à même de consulter toutes les publications médicales de langue anglaise récemment parues, livres ou revues qu'il est encore si difficile d'obtenir en France. Ses titres hospitaliers sont pour le lecteur une garantie de l'esprit dans lequel ce travail de synthèse a été réalisé.

L'ouvrage comprend cinq grandes subdivisions :

Première partie : La Pénicilline. — Seconde partie : Médication sulfamidée — Troisième partie : Maladies infectieuses et parasitaires. — Quatrième partie : Thérapeutiques diverses. — Cinquième partie : Supplément à la pénicilline.

La recherche de chaque information est rendue des plus aisées par la consultation d'un index alphabétique détaillé, placé à la fin de l'ouvrage.

Malgré son volume, la présentation et la rédaction de cet ouvrage en font un guide facile à utiliser. De plus, dans son exposé des sujets l'auteur fait preuve non seulement d'un grand sens clinique, mais aussi il analyse chaque question avec un sens critique développé, n'admettant comme définitivement acquis que les faits qui ont été largement contrôlés par l'expérience.

Inventaire et description des bacilles paratuberculeux, par Paul HAUDUROY, professeur de bactériologie et d'hygiène à la Faculté de médecine de Lausanne. Un volume de 168 pages. Prix 200 francs. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Les bacilles paratuberculeux sont peu connus. Ils sont très près du bacille de Koch, sont placés dans la classification dans le même genre que lui, possèdent des propriétés tinctoriales et biochimiques voisines. Ils sont d'autre part extrêmement répandus dans la nature.

Aucune étude d'ensemble n'existait encore sur ces germes. L'auteur a réuni dans l'ouvrage qu'il vient de publier toutes les descriptions des bacilles paratuberculeux qu'il lui a été possible de trouver. Dans une seconde partie de l'ouvrage, il indique les techniques permettant de découvrir cette variété de germes et où on les a trouvés ; il rapporte les observations assez rares qui semblent montrer que certains de ces germes peuvent jouer un rôle en pathologie humaine ou animale. Les bacilles paratuberculeux possèdent un pouvoir pathogène expérimental très curieux puisqu'ils ne peuvent tuer les cobayes que dans certaines conditions et l'auteur rapporte les essais qui ont été entrepris dans cette voie.

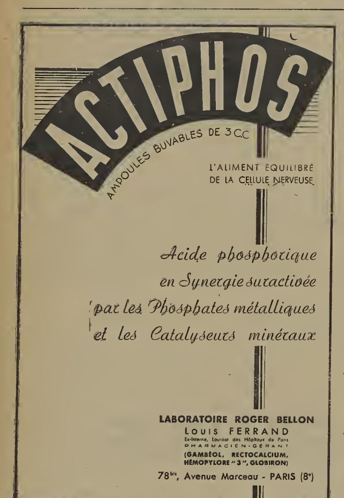
Le dernier chapitre de cet ouvrage est consacré à l'étude des « paratuberculines «. Il s'agit de poisons extraits de ces bactéries, poisons qui sont parfois en tous points semblables à la tuberculine extraite du bacille tuberculeux ; qui sont capables, comme elle, de provoquer chez l'homme infecté ou chez les animaux des réactions spécifiques. L'existence des paratuberculines n'est pas l'une des questions les moins troublantes que l'on peut se poser à propos des bacilles paratuberculeux et de leur rapport avec le bacille de Koch.

L'Orientation biologique de la main-d'œuvre. Une brochure petit in-8° de 172 pages.

Hygiène de l'Habitation, par M. REY architecte.. (XVIe vol. du traité d'hygiène de Louis Martin, Georges Brouardel et Dujanic de la Rivière). Un vol. grand in-8° de 632 pages, avec 248 figures. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, Paris.

Ostéométrie anthropo-médico-légale. Adolescence et âge adulte, par P. CLAVELIN et L. DÉROBERT. Un vol. in-8° de 107 pages. J.-B. Baillière et Fils, édit., Paris, 1946.

Pénicilline, toutes ses applications thérapeutiques : médecine, chirurgie, spécialités, par le Dr Jean MONNIER, médecin de la Mission navale en Grande-Bretagne, préface de Sir Alexander FLEMING, professeur de bactériologie à l'Université de Londres, prix Nobel de Médecine. 1946.. — Un volume in-8° (15 x 24), avec fig., de 200 pages : 250 fr. — J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).







Dépôt légal. — 1946. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 17. — 1er SEPTEMBRE 1946 — 119e ANNÉE — Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 150 fr. Étudiants, 75 fr.; Etranger, 225 et 270 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux d'Angers

Un concours aura lieu le 4 novembre 1946 pour le recrutement de médecins, chirurgiens et spécialisés au Centre hospitalier d'Angers.

Désignation des places mises au concours :

Un médecin adjoint ;
Un chirurgien chef de service ;
Deux chirurgiens adjoints ;
Un radiologue adjoint ;
Un stomatologiste chef de service ;
Un stomatologiste adjoint.

Renseignements sur demande adressée à la Direction départementale de la Santé de Maine-et-Loire, à Angers.

Hôpitaux militaires

Sont nommés « spécialistes des hôpitaux militaires » à la suite du concours de 1946, les médecins militaires ci-après désignés :

1° **Phtisiologie.** — M. Boucher (Honoré-Victor), médecin capitaine, 8e région militaire.

2° **Ophtalmologie.** — MM. Belz (Alain-Henri-Marie), médecin capitaine, 8e région militaire ; Rozan (Alexandre-Georges-Marius), capitaine, 2e région militaire.

3° **Urologie.** — M. Pelot (Gabriel-Joseph-Gustave), médecin capitaine, hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce, Paris.

4° **Electrologie, radiologie et physiothérapie.** — MM. Ferry (Max), médecin commandant, troupes d'occupation Allemagne ; Mathière (Maurice-Auguste), médecin commandant, troupes d'occupation Allemagne ; Rouquet (Marcel-Antoine-Fernand), médecin commandant, 1re région militaire ; Rescanières (André-Sabin-Marie), médecin commandant, 1re région militaire.

5° **Stomatologie, odontologie et prothèse dentaire.** — M. Chemin (Jean-Paul), médecin capitaine, 1re région militaire.

(J. O., 15 août 1946.)

Facultés de médecine
Agrégation. Leçons d'une heure
(Voir « Gaz. Hôp. », n° 16, p. 345)

MÉDECINE

M. Paul Girard (Lyon) : La maladie de Simmonds. — M. Dardenne (Toulouse) : La maladie amyloïde. — M. Maurice Lamy (Paris) : Ictères infectieux bénins. — M. Bergougnan (Bordeaux) : La péricardite constrictive. — M. Gadrat (Toulouse) : Les agranulocytoses. — M. Serre (Montpellier) : Lithiase pancréatique. — M. Créhange (Nancy) : Les œdèmes de carence. — M. Traissac (Bordeaux) : Artérite chronique des membres inférieurs. — M. Desmonts (Montpellier) : Les obésités endocriniennes. — M. Marcel Girard (Lyon) : La maladie de Besnier-Beck-Schaumann. — M. Laporte (Toulouse) : Recto-colites hémorragiques. — M. Olmer (Aix-Marseille) : Formes cliniques des méningites tuberculeuses de l'adulte. — M. Pierquin (Nancy) : Kala-azar méditerranéen. — M. Vachon (Lyon) : Hémorragies méningées non traumatiques. — M. Lasserre (Toulouse) : L'ulcéro-cancer gastrique.

CHIRURGIE GÉNÉRALE

M. Verhague (Lille) : Pseudarthroses des deux os de l'avant-bras. — M. Estrade (Toulouse) : Luxation récidivante de l'épaule. — M. Dieulafé (Toulouse) : Les pelvépéritonites aiguës. — M. Lapeyrie (Montpellier) : Les occlusions de l'appendicite préopératoires et postopératoires précoces. — M. Olivier (Paris) : Les endométrioses pelviennes de siège génital. — M. Megnin (Alger) : Ankyloses et raideurs articulaires du genou. — M. Perrin (Lyon) : Tuberculose utéro-annexielle. — M. Forster (Strasbourg) : Fracture du cotyle. — M. Lena (Aix-Marseille) : Abcès chroniques des os. — M. Midon (Nancy) : Appendicite mésocœliaque aiguë. — M. Huguier (Paris) : Infarctus entéro-mésentérique. — M. Lamy (Aix-Marseille) : Les plaies artérielles des membres.

PARIS

Faculté de médecine. Travaux pratiques d'histologie. — Une série supplémentaire de travaux pratiques d'histologie aura lieu du jeudi 3 octobre 1946 au mercredi 16 octobre inclus. Les séances auront lieu chaque jour de 15 h. 45 à 17 h. 45, au Laboratoire des travaux pratiques. Programme : Etude pratique de l'histologie générale et de l'histologie des organes. Le droit d'inscription est de 500 francs.

Les inscriptions sont reçues au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis jusqu'à l'ouverture des travaux.

Ministère de la Santé publique Médecins consultants régionaux de pédiatrie

Sont nommés médecins consultants régionaux de pédiatrie pour les régions suivantes :

Région de Bordeaux. — M. le professeur Fontan, professeur de clinique des maladies des enfants à la Faculté de Bordeaux.

Région de Clermont-Ferrand. — M. le professeur Villemin, professeur de clinique infantile à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand.

Région de Lille. — M. le professeur Pierret, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de Lille.

Région de Limoges. — M. le Dr Martrou, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin des hôpitaux de Limoges.

Région de Lyon. — M. le professeur Mouriquand, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Région de Marseille. — M. le professeur Giraud, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de Marseille.

Région de Montpellier. — M. le professeur Boucomont, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier.

Région de Nancy. — M. le professeur Caussade, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Nancy.

Région de Nantes. — M. le professeur Boquien, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Nantes.

Région d'Orléans. — M. le Dr Lançon, à Bourges, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Région de Paris. — M. le Dr Lesne, membre de l'Académie de médecine.

Région de Rennes. — Mme le Dr Pichot-Janton, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Région de Rouen. — M. le professeur Fleury, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen.

Région de Strasbourg. — M. le professeur Rohmer, professeur de pédiatrie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Région de Toulouse. — M. le professeur Sorel, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté de médecine de Toulouse.

Sont nommés médecins consultants régionaux de pédiatrie adjoints pour les régions suivantes :

Région de Bordeaux. — M. le Dr Cadenaule, président des œuvres girondines de protection de l'enfance.

Région de Lyon. — M. le Dr Bertoye, médecin des hôpitaux de Lyon.

Région de Marseille. — M. le Dr Longchampt, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin des hôpitaux de Toulon.

Région de Nantes. — M. le professeur Desbuquois, professeur à l'Ecole de médecine de Tours.

Médaille d'honneur des épidémies

Médaille d'argent. — MM. les Drs Davy (Lisieux) ; Lacroix (Villeurbanne) ; Mme le Dr Delin (Paris).

Médaille de bronze. — MM. les Drs Dubois (Lisieux) ; Marchenay (Argent-sur-Sauldre) ; Pfeiffer (Compiègne) ; Mme Ramillon, int. hôp. (Nîmes) ; M. Arne, int. hôp. (Bordeaux) ; Mlle Besse, ext. hôp. (Bordeaux) ; Mlle Batandier, int. pharm. (Lyon) ; M. Mazoyer, ext. hôp. (Lyon) ; M. Aldighieri, ext. hôp. (Paris) ; M. Bourguet, int. hôp. (Paris) ; M. Emery, ext. hôp. (Paris) ; M. Guegan, ext. hôp. (Paris) ; M. Houssay, int. hôp. (Paris) ; M. Levasseur, ext. hôp. (Paris) ; Mlle Renou, int. Maison maternelle de Saint-Maurice (Seine) ; M. Thuot, ext. hôp. (Paris).

Maroc

Médaille de vermeil. — Dr Hendler (Erfoud).

Médaille d'argent. — MM. les Drs Beigbeder (Djerda) ; Grévin (Casablanca) ; Lagct (Khouribga), Lavalette (Ben-Ahmed).

Médaille de bronze. — M. Coudon, int. hôp. (Casablanca).

(J. O., 3 août 1946.)

Délivrance de l'insuline par les pharmaciens

A dater du 1er août 1946, les pharmaciens pourront délivrer l'insuline sans présentation d'ordonnance médicale.

(J. O., 4 août 1946.)

Directeurs de laboratoires d'analyses médicales

Le certificat délivré par l'Institut Pasteur à la fin de son cours de sérologie est admis parmi ceux que doivent posséder les directeurs, adjoints et suppléants des laboratoires d'analyses médicales pour pouvoir pratiquer les analyses sérologiques en vue du diagnostic de la syphilis.

(J. O., 4 août 1946.)

La poliomyélite en France

On signale quelques foyers épidémi-démiques de poliomyélite avec une cinquantaine de cas en Côte-d'Or. Des foyers moins étendus ont été constatés dans le Loiret, le Cher, l'Yonne, la Saône-et-Loire et même en Seine-et-Oise. Il s'agit d'une recrudescence saisonnière de la maladie plus forte que celle de l'an dernier, mais qui est loin d'atteindre l'étendue de l'épidémie de 1943. Les mesures prophylactiques habituelles sont prises : surveillance des colonies de vacances installées, interdiction d'en installer de nouvelles dans les communes contaminées et dans les communes limitrophes, interdiction des gros rassemblements d'enfants et des baignades collectives.

L'Institut Pasteur est, cette année, en mesure de fournir du sérum de Pettit, préparé grâce aux singes importés l'an dernier et le ministère de la Santé a un stock important de sérum des convalescents des Etats-Unis dont le pouvoir anti-infectieux s'est révélé particulièrement efficace. Cliniquement l'épidémie actuelle se manifeste par des formes paralytiques classiques et par des formes frustes, méningées et encéphalitiques, notamment dans la Côte-d'Or et le Loiret.

Education nationale

Hygiène scolaire et universitaire

Plusieurs postes de médecins examinateurs scolaires à temps plein sont vacants dans les départements de la Côte-d'Or, de l'Aube et de la Nièvre.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le Dr Pierrot, médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire, 20, rue Chabot-Charmy, à Dijon.

Concours d'agrégation des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie pour 1946 (section de pharmacie). — Ce concours s'ouvrira le jeudi 26 septembre 1946 ; les registres d'inscription seront clos le 12 septembre 1946.

(J. O., 8 août 1946.)

Concours du certificat d'aptitude à l'inspection des écoles primaires. — Par décret en date du 5 août 1946, ce concours est rétabli.

(J. O., 8 août 1946.)

Conseil de l'éducation populaire et des sports. — M. le professeur Léon Binet, doyen de la Faculté de médecine, est nommé membre de ce Conseil.

(J. O., 10 août 1946.)

Légion d'honneur

Santé publique

Commandeur. — M. Cavaillon, directeur général de la Santé publique au ministère de la Santé publique.

Officier. — Dr René Guttman, médecin des hôpitaux de Paris, et Jean Lamare, chirurgien de l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

(J. O., 13 août 1946.)

Population

Chevalier. — Dr Coulon, inspecteur général de la Santé publique et de la Population.

(J. O., 13 août 1946.)

(Voir fin des Informations, p. 381.)

REVUE GÉNÉRALE

OU EN EST LE PROBLÈME DES CAVERNES SOUFFLÉES ?

Pierre FRAISSE (de Lyon)

L'existence d'une caverne ronde, bordée d'un liseré linéaire ou d'un faible anneau d'avancement, son accroissement démesurément rapide dès avant la collapso-thérapie, son soufflage surtout sous pneumothorax complet et même sous phrénicectomie ou dans le moignon d'une thoracoplastie : tel est le drame de la distension cavitaire.

Drame pratique, drame théorique aussi, car il apparaît comme un démenti, rare pour certains, fréquent pour d'autres, au dogme de la collapso-thérapie infaillible, sur lequel après Forlanini, on a vécu pendant trois décades au moins. Car si c'est Bard qui a créé le terme de caverne soufflée, c'est à partir de 1930 seulement que l'attention a été attirée par quelques faits discordants épars. Léon Bernard, et Mayer en 1930, Gilbert en 1931, rapportent des cas de cavernes soufflées rompues dans la cavité pleurale. En 1935, l'accident est devenu classique et MM. Dumarest et Brette d'une part, Bernou et Vivant d'autre part, proposent des interprétations différentes du soufflage. A partir de cette date, la question fait tache d'huile ; du soufflage sous-collapsothérapique maintenant bien connu, on rapproche des faits vraisemblablement voisins : les variations rapides de volume de certaines cavernes, leur remplissage, signalé par E. Bernard, Morin et Herrenschmidt, par Poix et Vincent, par Troisier et Chadourne ; les escamotages paradoxaux de spélonques étudiés par Dufourt et Viallier, par Steele, Trénis et Laboé. Petit à petit prend corps l'idée qu'il existe des cavités qui par les conditions mécaniques ou biologiques que crée leur situation, l'état de leur parenchyme environnant et celui de leur bronche de drainage, sont, dès avant le collapsus des cavernes distendues. C'est cette idée que traduit un vocable imagé variable avec les auteurs : caverne mécanique de Monaldi ; *balloon cavities, blocked cavities et tension cavities* des Américains ; cavernes ballons de Troisier, cavernes ballonnées de Bariety et Paillas.

Le renouveau de la tuberculose bronchique, les apports de la bronchoscopie, orientent la question vers des données neuves. Il faut signaler les recherches américaines sur le rôle de l'atélectasie cavitaire dans la guérison des géodes (Coryllos, Stivelman, Holcomb et Weber) ; leur manière de voir a été adoptée par une fraction de l'opinion française avec les travaux de Trocmé et de Ph. Vincent. Quoi qu'on puisse penser de cette audacieuse hypothèse, l'attention est attirée vers la bronche de drainage, vers la tuberculose bronchique associée à la tuberculose cavitaire, et c'est dans ce sens que s'orienteteront nombre de travaux récents : Troisier et Chadourne (1940), Hinault et Bourdin (1942), Schubert résumé en France par Ravina et Pestel, Lemoine, Mounier-Kuhn et leurs élèves, Bernou et Le Carboulec enfin.

Un dernier mode d'exploration, le drainage endocavitaire de Monaldi a permis en particulier à Dumarest, Germain, Galy et Delord, d'apporter une contribution plus substantielle à la physio-pathologie du problème.

Ainsi, petit à petit, le cadre des distensions cavitaires s'est considérablement élargi. Le problème confine à celui de la caverne ronde isolée, à celui de la caverne à éclipse, mais appartient partiellement aussi à celui de la caverne résiduelle qui, pour beaucoup d'auteurs américains, ne serait qu'une « tension cavity ». Enfin, très souvent, il ne fait qu'un avec la tuberculose bronchique. Remettant en question des notions aussi souvent controuvées que celles du rôle de la bronche de drainage, de l'atélectasie péricavitaire, du mode de fermeture des cavernes et du mode d'action du pneumothorax lui-même, on comprend l'intérêt qui s'est attaché à ce point en apparence paradoxal : le fait que certaines cavernes grossissent lorsqu'on les met dans des conditions propres à les faire diminuer.

***

Quelles sont les bases anatomiques et physio-pathologiques du problème ? Les rares autopsies de cavernes distendues rompues dans la plèvre, faites par Nicod, Gilbert, Jacob et Sulzer, semblent montrer, tout comme les constatations faites au début d'un drainage endo-cavitaire, que la caverne soufflée est volontiers tapissée d'une membrane pyogène. Ce qu'on peut seulement se demander, c'est si, comme le pensent Dumarest et ses élèves, la membrane pyogène signe un processus tuberculeux primitivement actif, ou si elle traduit la souffrance de la paroi cavitaire sous l'effet de la distension. De toute façon, qu'il agisse par majoration ou qu'il soit primitif, le phénomène du soufflage, mis en évidence par la possibilité de cavernes en hyperpression, doit chercher une base anatomique. Dumarest et Brette invoquent le mécanisme de la soupape et pensent que c'est au niveau de la bronche de drainage qu'il a lieu, créant une hyperpression dans la caverne, par occlusion de la valve au moment du collapsus expiratoire de la bronche. Il n'y aurait à cela rien d'étonnant, lorsque, outre les possibilités de coudures, on considère l'état de la bronche de drainage à la lumière des travaux d'Ameuille et Raust, de Bernou et de Carboulec ; sa paroi interne rouge, tuméfiée, souvent ulcérée et même caséifiée, se laisse par endroits distendre par des dilatations moniliformes, visibles parfois sur de simples films standards. La bronche est encombrée de débris mortifiés et il y a là, à coup sûr, les conditions les meilleures pour entretenir une perturbation à sens unique de la ventilation cavitaire. *In vivo*, du reste, Hinault et Bourdin, Troisier et Chadourne ont montré que quelques gouttes de lipiodol intracavitaires ne se frayaient qu'avec lenteur un chemin dans la bronche de drainage. L'encombrement de ce conduit paraît du reste sujet à variations et Eloesser rapporte le cas de deux cavernes tantôt rétentionnistes au lipiodol et tantôt en communication facile avec l'arbre bronchique. On peut en rapprocher le fait que certaines géodes sont trouvées en pression positive à la manométrie, tandis que d'autres sont au zéro. Mais on imagine très bien que la distension une fois acquise, le soit définitivement et qu'il suffise d'une valve passagère pour la provoquer. Peut encore jouer l'œdème bronchique, facteur également variable. Il y aurait éventuellement pour point de départ la plèvre (liaisons pleuro-bronchiques de Policard, Galy et Muller) mais aussi peut-être les grosses bronches où Mounier-Kuhn a montré, dans la thèse de Baron, que la cicatrisation d'une ulcération pouvait mettre fin à un soufflage.

Une autre constatation anatomique a engendré une autre hypothèse, également mécaniste, mais toute différente : le fait qu'une seule bronche en général draine effectivement une caverne, que les bronches à l'entour sont oblitérées, a donné à penser qu'il pouvait exister du fait de ces oblitérations, une atélectasie péricavitaire, génératrice de tractions centrifuges sur la cavité. En réalité, l'histologie n'a pas confirmé ces données.

Néanmoins, pour solidement étayé qu'il soit par l'anatomie pathologique, le concept de la soupape ne paraît pas pouvoir rendre compte de tous les faits observés et dans ces dernières années, sous l'impulsion surtout de MM. Bariéty et Paillas, on tend à donner une place plus large aux phénomènes inflammatoires et vaso-moteurs ayant leur siège dans le parenchyme péricavitaire. Dès 1936, Bernou et Vivant, rejetant la théorie de la soupape comme trop mécaniste, évoquaient une réaction inflammatoire des alvéoles de la paroi cavitaire à un traumatisme qui peut être un pneumothorax, une pleuroscopie, une thoracoplastie ; la réaction inflammatoire créerait comme dans la pneumonie une distension alvéolaire, facteur de redressement de la paroi cavitaire, c'est-à-dire d'agrandissement de la cavité.

L'analyse précise de l'état du parenchyme environnant la caverne soufflée a permis à Paillas de montrer combien fréquemment le processus mécanique paraissait céder le pas à un processus inflammatoire rétractile dont il suppose l'origine réflexe dans des modifications biochimiques du milieu endocavitaire.

La diversité même des interprétations montre la complexité d'une question qui n'est encore que dans son enfance et, partant, les difficultés auxquelles le traitement va se heurter. Faut-il étendre la notion de « tension cavity » démesurément et refuser à ces cavernes toute possibilité de guérison, en dehors de la chirurgie d'exérèse, ainsi que les Américains tendent à le soutenir. Faut-il, au contraire, restreindre cette notion aux rares cavernes en pression positive et garder à la collapso-thérapie ses droits ? Tel est le problème que MM. Bernou et Semb, rapporteurs au Congrès d'Oxford, cette année, vont chercher à élucider. Mais ce problème, qui peut se poser immédiatement sur le plan pratique dans les pays anglo-saxons, paraît dépasser le cadre des possibilités actuelles de notre vieux pays où la chirurgie d'exérèse est encore peu répandue. Pour passionnant qu'il soit, il est à présumer que pendant plusieurs années encore, c'est au vieil arsenal thérapeutique, bon gré mal gré, qu'il sera fait appel, en dehors de quelques centres pneumo-chirurgicaux privilégiés. C'est donc plus à l'étude de ces moyens d'hier et d'aujourd'hui qu'à ceux de demain que nous allons nous attacher.

Facteurs mécaniques, facteurs infectieux, facteurs biochimiques locaux et réflexes, tels sont, avons-nous vu, les éventuels facteurs du soufflage.

Contre les facteurs mécaniques dans la genèse desquels nous avons vu le rôle prépondérant de la bronche de drainage, il est logique d'essayer d'agir sur celle-ci. C'est le rôle de la cure déclive s'il y a bascule lobaire, du relâchement maximum du collapsus gazeux, surtout de la bronchoscopie avec broncho-aspiration, ou avec traitement local de l'œdème ou des ulcérations visibles. Il est logique aussi de tenter la désinsufflation de la caverne, quand celle-ci est en pression positive : c'est ce à quoi

tendent la ponction cavitaire transpariétale (méthode de Rogers) et la ponction sous-endoscopie (méthode de Germain).

La substitution d'un mode de collapsus à un autre, thoracoplastie à pneumothorax par exemple, peut être envisagée, également pour des raisons mécaniques. Mais tous ne sont pas d'accord à ce sujet, en particulier lorsqu'il existe une atteinte bronchique sérieuse.

Contre les facteurs infectieux, en particulier la membrane pyogène qui, semblable à l'escarre de l'abcès putride, ne se crache que par fragments, sans s'éliminer jamais, le drainage endocavitaire et la speléotomie sont des armes de choix.

Enfin c'est contre les facteurs biochimiques locaux, c'est dans le but d'inverser l'effet vaso-moteur réflexe qu'ils provoquent qu'on a prôné d'une part la bronchoscopie toujours génératrice de réflexes à distance (thèse de Chovin), d'autre part les irritations pleurales, point de départ d'effets vaso-moteurs.

***

Voici donc, tel qu'il découle des hypothèses physio-pathologiques, esquissé le traitement des cavernes soufflées. Que faire en pratique? La manométrie cavitaire, possible, d'ailleurs uniquement s'il y a symphyse, n'est pas encore entrée dans les mœurs, de façon systématique, en présence d'une « tension cavity ». Si demain nous poserons peut-être facilement l'indication d'exérèse, aujourd'hui, on ne saurait, sous le prétexte qu'on pourrait penser qu'elle l'aggravera, priver une caverne du bénéfice d'un pneumothorax précoce, d'un extra-pleural ou d'une thoracoplastie. D'où il résulte qu'en présence d'une image de « tension cavity » on agira comme en présence d'une caverne ordinaire. La manométrie pleurale est le temps préalable indispensable. *Si la plèvre est libre*, on créera un pneumothorax, quitte à réaliser ensuite une symphyse par poudrage endoscopique au talc (méthode de Béthune), si la situation paraît s'aggraver rapidement. Dans la plupart des cas, on laissera un certain temps ses chances à ce pneumothorax, en libérant les adhérences et en faisant des broncho-aspirations répétées. On pourra ajouter à ce traitement de base de petits moyens, cure déclive ou latéro-déclive, alternance des insufflations copieuses et réduites, injections intraveineuses d'atropine (Bariety, Lesobre et Choubrac; Louis Gras et Jean Vautier), injections intraveineuses de novocaïne ou d'acide para-amino-benzoïque (Benda). La cure au lit stricte et les calmants de la toux seront, en outre, de rigueur. On pourra être amené, en cas de cavernes de la base sous pneumothorax, s'il existe une adhérence diaphragmatique, à essayer une alcoolisation phrénique associée.

Le collapsus est maintenant idéal et c'est de l'évolution de la caverne soufflée que vont naître de nouvelles indications.

***

Dans un certain nombre de cas, la distension se poursuit, la caverne se met à bomber dans la cavité pleurale, faisant craindre la rupture. Il ne faut pas compter sur la chance exceptionnelle du malade de Lagèze et Germain qui, perforant sa caverne ne fit qu'un épanchement transitoire sans gravité, et guérit à la fois sa caverne et sa perforation. S'il n'y a pas d'évolution péricavitaire, on peut tenter la ponction cavitaire sous endoscopie, qui a donné quelques résultats impressionnants à Germain et à Despeignes. Si les conditions ne s'y prêtent pas, il faut faire symphyser la plèvre au plus vite et se retourner vers la thoracoplastie avec ou sans drainage endocavitaire.

A l'opposé de ces cas évolutifs, il en est d'autres caractérisés par leur torpidité, se raprochant de la simple inertie. C'est à ceux-là seuls qu'on réservera les méthodes d'irritation pleurale. Les travaux de Pavie, de Lefèvre, la thèse de Rossignol, les publications de Labesse, de Léon Kindberg, de Dufourt, Despeignes et Coudert ont montré qu'à cet égard, il fallait préférer les injections irritantes aux injections compressives (oléothorax, sérothorax de Triboulet et Sors). On donne actuellement la préférence aux injections intrapleurales de sérum salé à concentration croissante, desquelles on obtient parfois des modifications pleurogènes du parenchyme péricavitaire aboutissant à l'élision de la caverne. L'inconvénient majeur de la méthode est d'être sans appel; ces pneumothorax irrités sont très lents à se réexpandre; si l'on a échoué, il ne faut guère compter pouvoir dans un laps de temps assez court passer à des thérapeutiques nécessitant une symphyse pleurale.

La plèvre est symphysée, deuxième aspect du problème. Soit qu'elle l'ait été d'emblée, soit qu'on ait cru devoir réaliser une symphyse artificielle. La question a perdu en grande partie son caractère d'urgence et ici plus que précédemment, on pourra s'attarder au traitement bronchoscopique et aux désinsufflations transpariétales. Toutefois, il est rare qu'on ait ainsi un résultat définitif et, en dernière analyse, c'est le problème d'une caverne sous symphyse qui se pose. Même lorsqu'il s'agit d'une caverne géante, Bernou ose la thoracoplastie sans aspiration préalable; comme lui, Alexander, Mounier-Kuhn et Myer citent des cas de guérisons dans cette conjoncture, même avec de grosses altérations bronchiques. D'autres auteurs ont fait et réussi sur ces sortes de cavernes des pneumothorax extrapleuraux, après désinsufflation préalable, bien qu'en principe la grande dimension de la cavité et son caractère souvent périphérique puissent faire craindre sa rupture. Aussi nombre de phtisiologues préfèrent-ils la thoracoplastie soit précédée de ponctions cavitaires (méthode de Rogers), soit en association avec le drainage endocavitaire de Monaldi. Le drainage endocavitaire primitivement proposé à titre autonome n'a pas résisté à l'épreuve du temps, on ne l'emploie plus guère aujourd'hui que comme geste préalable à la thoracoplastie dont, pour certains, il limiterait l'étendue. La difficulté septique créée par la présence du drain a été tournée par la méthode de Thompson, résection antérieure avant la mise en place du drain dont Magnin s'est fait en France le champion.

Dernier aspect du problème pratique : la distension cavitaire sous collapsus chirurgical. Où commence-t-elle, où finit-elle? Pour les Américains, et Delord s'en est fait peu ou prou l'écho, toute caverne résiduelle sous thoracoplastie est une « tension cavity ». Pour d'autres auteurs, M. Bernou en particulier, c'est aller un peu loin. Que les deux problèmes voisinent, cela n'est guère douteux; il semble toutefois qu'on doive réserver le terme de caverne soufflée sous thoracoplastie au cas où un véritable agrandissement d'une image résiduelle est surpris. Devant cet angoissant échec, on a proposé plusieurs solutions : la plus radicale, la moins répandue, est la résection pulmonaire sous thoracoplastie. Plus volontiers, délaissant des retouches presque toujours inopérantes, on pratique soit une spéléotomie (Bernou), soit un drainage endocavitaire. Le « skin-flap » qui consiste à ouvrir la caverne et à la refermer avec un lambeau cutané faisant soupape n'est pas encore pratiqué en France.

***

Si, ayant fini ce tour d'horizon, on essaye d'en tirer une notion simple, on ne peut s'empêcher d'être déçu. Où commence la distension cavitaire et où faut-il la faire finir? Est-elle la pierre d'achoppement de la collapso-thérapie, ou celle-ci garde-t-elle tous ses droits? S'agit-il d'un problème de mécanique des fluides, ou intervient-il des facteurs biologiques infiniment plus complexes? On doit bien reconnaître que le problème n'est pas simple, que les manières de voir et les solutions proposées divergent souvent considérablement; on pressent que les thérapeutiques actuelles n'ont qu'une valeur d'attente. A ce titre, et sans rien vouloir résoudre, il était bon, nous semble-t-il, de poser la question : où en est le problème des cavernes soufflées?

BIBLIOGRAPHIE

1. Alexander. — The role of thoracoplasty and pneumonectomy in tub. complicated by bronchial stricture (*Am. Rev. Tub.*, XLI, déc. 1941).
2. Alexander, Sommer and Lehler. — Effect of thoracoplasty upon pulmary tub. complicated by steristic tuberculos bronchitis (*J. of Thor*, XII, 484, June 1943).
3. Ameuille, Lemoine et Diacommopolos. — Tuberculose broncho-trachéale (*P. M.*, VII, 43).
4. Ameuille et Lemoine (*S. M. H. P.*, 24 janvier 41).
5. Arnaud, Wehloff, Delpuech. — La tuberculose trachéale et bronchique (*P. M.*, 9 déc. 44).
6. Bariety et Paillas (*Rev. Tub. 44 VI*). Réflexions sur la bronche de drainage des cavernes ballonnées.
7. Bariety et Paillas. — Les aspects radiologiques du parenchyme pulmonaire autour des cavernes ballonnées (*Rev. Tub.* 45, IX, nos 4-6).
8. Bariety et Paillas. — Etude anatomique d'une caverne ballonnées perforée (*Rev. Tub.* 45, nos 11-12).
9. Bariety, Hanaut, Genevrier. — Guérison paradoxale d'une caverne ballonnisée après abandon du pneumothorax (*Rev. Tub.* 43).
10. Bariety, Lesobre et Choubrac. — Action des injections endoveineuses d'atropine et des insufflations pleurales rapprochées sur les cavernes ballonisées (*Rev. Tub.* 43).
11. Benda et Galby. — Action de la novocaïne intraveineuse sur les cavernes ballonnées (*Rev. Tub.* 45, nos 11-12).
12. Benda et Poireau. — L'acide para-amino-benzoïque, équivalent non toxique de la novocaïne intraveineuse (*Rev. Tub.* 45).
13. Berblinger. — Des modifications morphologiques de la bronche de drainage de la caverne pulmonaire sous l'influence du drainage endocavitaire (*Beitr. Z. Klin.*, d. Tbk, 1941, LXXXVII).

14. Bernou et Vivant. — Des distensions cavitaires aiguës (*Rev. Tub.* 1936).
15. Baron. — Thèse, Lyon 1945.
16. Chadourne, Baudoin et Mory. — Arch. méd. chir. ap. resp., 39-40-41.
17. Coryllos et Orlstein. — Cavernes tuberculeuses géantes du poumon (*Rev. Tub.* 40).
18. Le Carboulec. — Les bronches de drainage des cavernes tuberculeuses vues après spéléotomie (*Rev. Tub.* 44).
19. Dufourt, Despeignes et Coudert. — De l'inertie cavitaire au cours du pneumothorax (*J. M. L.* 39).
20. Dufourt, Mounier-Kuhn et Rabaste. — Tuberculose bronchique avec syndrome de cavernes soufflées sous pneumothorax. Atelectasie totale du poumon après cautérisation au nitrate d'Ag. dans la bronche (*Lyon Méd.* 44).
21. Dufourt et Viallier. — Le pneumothorax conservateur de cavernes (*L. M.* 37).
22. Dumarest et Brette. — La caverne à soupape. Hauteville-Lompnes 36.
23. Delord. — Th. Lyon 44. Les cavernes rebelles à la thoracoplastie.
24. Dumarest, Germain, Galy, Delord (J. M. L. 45).
25. Dumarest et Germain. — La ponction cavitaire (*Rev. Tub.* 45, nos 11-12).
26. Eloesser, Rogers, Shipmann. — Treatment of insuflated cavities (*Am. Rev. Tub.*, janv. 45).
27. Germain. — Le soufflage cavitaire au cours du pneumothorax. Essai de traitement (*J. M. L.* 41).
28. Louis Gras et Jean Vautier. — Rétraction d'une caverne ballonisée par des injections intraveineuses d'atropine au cours d'un pneumothorax compliqué de pleurésie (*Rev. Tub.* 44-45).
29. Hinault et Bourdin. — Bronches de drainage et aspirations endocavitaires (*Rev. Tub.* 42).
30. Lemoine et Bourdin. — La tuberculose bronchotrachéale (*Rev. Méd.* 43).
31. Lemoine. — Disparition d'une caverne tuberculeuse après broncho-aspiration (*Rev. tub.* 41).
32. J.-J. Hawkins jr. (*Am. Rev.* 39).
33. Mc Indoe, Steele, Samson, Anerson et Leslie. (*Am. Rev. Tub.* 39).
34. Meyer et Mounier-Kuhn. — La tuberculose bronchique, son intérêt diagnostique et thérapeutique (*J. M. L.* 44).
35. Meyer et Mounier-Kuhn. — Dix ans de tub. bronchique (*L. M.* 44).
36. Maïer. — Surg. Treatment of tension cavities in pulm. tub., (Am. *Rev.* 45).
37. Jacquerod. — Les cavernes soufflées (*J. Med.*, Leysin, 37).
38. Lacombe et Mlle Marquant. — Soufflage cavitaire après phrénicectomie et thoracoplastie (*Echo med. du Nord* 39).
39. Perriol. — Thèse, Lyon 44. Sur le traitement par ponction des cavernes soufflées.
40. Poix et Vincent. — Les variations de volume des cavernes et l'occlusion de la bronche de drainage (*Rev. Tub.* 38).
41. Portanéry. — Les cavernes soufflées sous pneumothorax. Thèse Lyon 40.
42. Paillas. — Thèse, Paris 44. Les ballonnements cavitaires.
43. Jacob, Lemoine, Langevin. — Quelques aspects bronchoscopiques chez des tuberculeux pulmonaires (*Rev. Tub* 42).
44. Mounier Kuhn. — Les indications de la bronchoscopie en phtisiologie (*J. M. L.* 41).
45. Ravina et Pestel. — La tuberculose des bronches (*P. M.* 42).
46. Roberts et Pagel. — Réduction des cavernes tuberculeuses devant la colapso-thérapie (*Rev. Tub* 40).
47. Shipmann. — Le facteur bronchique dans la formation des cavernes (*Rev. tub.* 39).
48. Turpin et Chassagne. — Guérison d'une caverne pulmonaire géante chez un nourrisson (*Rev. Tub.* 42).
49. Schubert. — Z. tbk., Bd. 86, H 3.
50. Raust. — Thèse Paris, 36. La bronche de drainage des cavernes tuberculeuses.
51. Robergeot. — Thèse Lyon 42. Les cavernes irréductibles sous pneumothorax complet.
52. Scheid. — Th. Paris 37. Etude sur le drainage des cavernes pulmonaires.
53. Rossignol. — Th. Lyon 37. Pleurésie provoquée complémentaire du pneumothorax.
54. Ph. Vincent. — Th. Paris 38. L'occlusion de bronche de drainage.
55. Troisier et Chadourne (*Rev. Tub.* 40). — A propos de l'obstruction de la bronche de drainage cavitaire.

PSYCHOSE DE KORSAKOFF ET DÉMENCE SÉNILE AU SUJET DE L'EUPHORIE

par R. Benon
ex-médecin du quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes

L'amnésie est le symptôme capital de la psychose de Korsakoff et de la démence sénile. Nous avons appelé souvent la psychose de Korsakoff le « syndrome dysmnésique » de Korsakoff, expression qui indique d'emblée ce qu'est cette variété d'affection. En principe le syndrome de Korsakoff, dû à des causes assez diverses, s'accompagne de polynévrite. Dans la démence sénile ou presbyophrénie, jamais aucun trouble moteur, et la démence sénile apparaît comme une maladie. A côté du symptôme amnésie, on constate, dans la psychose de Korsakoff et dans la démence sénile, de l' « euphorie ». Quelle est la forme, la nature de cette euphorie, dans les deux affections ? Cette causerie clinique portera spécialement sur cette euphorie, après rappel des caractères de l'amnésie.

L'amnésie. Symptome capital

Dans la psychose de Korsakoff et dans la démence sénile, les troubles de la mémoire ont des caractères communs (l'âge du patient et la polynévrite, d'ailleurs inconstante chez le korsakoff, étant mis à part). L'amnésie de fixation, amnésie dite antérograde ou positive par rapport au début de la maladie (point de repère) est typique dans l'un et l'autre cas : totale, durable, incurable, elle englobe tous les événements qui ont lieu dans le temps présent et qui ont eu lieu depuis l'apparition de la psychopathie. Elle s'accompagne chez le korsakoff comme chez le presbyophrénique d'amnésie d'évocation dite amnésie rétrograde ou négative, s'étendant sur plusieurs années de la vie du patient, mais davantage chez le dément sénile. Enfin, chez ce dernier, elle coexiste avec des troubles grossiers du jugement et du raisonnement, lesquels font défaut chez le korsakoff. A la période démentielle de la psychose de Korsakoff, les altérations de la mémoire restent différentes vu l'absence de ces mêmes troubles grossiers du jugement.

L'euphorie. Symptome accessoire

L'euphorie dans le syndrome dysmnésique de Korsakoff, comme dans la démence sénile, bien que symptôme manifeste, n'est cependant que symptôme accessoire (il peut manquer chez le korsakoff). Dans les deux psychopathies, cette joie est accompagnée de fabulation et de fausses reconnaissances. Quels sont les caractères de ces divers phénomènes ?

a) Joie morbide. — Dans la psychose de Korsakoff, elle est l'expression d'un état maniaque ou hypomaniaque. Hyperidéation (excitation intellectuelle), hypermyosthénie (mimique variée, logorrhée, gesticulations), rires, gaieté sont évidents : la paralysie des membres inférieurs est méconnue (amnésie de fixation), non pas niée immédiatement, mais considérée presque avec mépris. Cette hypersthénie a toujours été précédée d'asthénie (variété d'accès asthéno-maniaque coexistant avec l'amnésie). A la période démentielle (démence séquelle de syndrome de Korsakoff), l'excitation maniaque a disparu, constamment, semble-t-il. Dans la démence sénile, la joie constatée est modérée comme intensité. Elle ne s'accompagne pas d'hyperidéation, de fuite des idées, ni d'hypermyosthénie, ni d'éclats de rire, ni de propos fantaisistes, grivois, etc., signes de manie. C'est une satisfaction quotidienne faite de sourires conventionnels, d'amabilités puériles, sans saillies, sans aucune vivacité. Cette euphorie a des causes mentales, mais il s'agit de causes plus ou moins insignifiantes, plus ou moins vaines, n'ayant pas de liaison intéressante avec le présent.

b) Fabulation. — La fabulation ou confabulation chez le Korsakoff est symptôme d'ordre maniaque. Chez le maniaque ordinaire, la fabulation n'est pas exceptionnelle, toutefois, elle n'atteint pas le degré qu'elle présente chez le korsakoff hypersthénique. On ne saurait guère imaginer, sans l'entendre, ce qu'il est capable de raconter comme récits fabuleux. Ainsi, il est en traitement à l'hôpital depuis plusieurs semaines, et il vous raconte sans sourciller que la veille il a assisté à telle partie de plaisir, que l'avant-veille, il a reçu des parents de la campagne, qu'il est allé au théâtre avec eux, etc. Ces récits sont faits avec des réflexions drôles, judicieuses. Ils correspondent à des événements plus ou moins lointains qui ont eu lieu réellement et que le sujet évoque avec aisance, très exactement ou non. Cette fabulation active, due à l'état maniaque, s'explique par l'amnésie de fixa-

tion, totale, quotidienne. La fabulation, chez le presbyophrénique, est pauvre, réduite, sans éclat. Telle malade (ce sont le plus souvent des femmes), raconte qu'elle vous a rencontré la veille, affirme que c'était dans la ville ou au jardin, alors qu'elle vous voit pour la première fois ; elle évoque un dîner auque vous avez assisté près d'elle, etc. Mais cela est dit simplement, avec un léger sourire, par affabilité et correction mondaine. Cette confabulation est en relation avec l'amnésie associée à l'hypersthénie comme chez le korsakoff.

c) Fausses reconnaissances. — Les fausses reconnaissances ou paragnosies, dans la psychose de Korsakoff, sont, comme la fabulation, très actives. Elles sont déterminées par l'état maniaque. Les paragnosies existent bien chez le maniaque périodique comme, on l'a dit, la fabulation ; mais elles n'ont pas la même fréquence, la même intensité que chez le korsakoff. C'est chaque jour qu'on peut les observer chez ce dernier et on les provoque à loisir : ce fait est dû à l'amnésie de fixation. Dans la démence sénile, les fausses reconnaissances ne sont pas rares, mais elles sont banales, sans variété, sans relief : elles portent aussi bien sur les personnes étrangères que sur celles de la famille, alors que le korsakoff ne fait jamais de fausses reconnaissances sur les siens, etc.

A la troisième période de la psychose de Korsakoff, la manie a disparu, et avec elle les paragnosies et la fabulation. Lorsque ces dernières persistent, atténuées, elles sont en rapport avec l'amnésie, comme dans la démence sénile.

***

En résumé, l'euphorie de la psychose de Korsakoff est de l'excitation maniaque (joie sans cause intellectuelle), et la psychose de Korsakoff est un syndrome dysmnésique hypomaniaque. L'euphorie de la démence sénile est simplement un symptôme qui traduit l'affaiblissement des facultés mentales.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

8 *mai.* — M. Weber. — Centre de triage de la tuberculose.
M. Galin. — La scarlatine.
M. Mones del Pujol. — Cause de mort rapide et imprévue.
M. Rogel Nava. — Thérapeutique du délirium tremens.
M. Rottenberg. — Trois cas de goutte juvénile.
M. L'Henoret. — L'ictère catarrhal aggravé.
M. Nagel. — Eosinophilie au cours des helminthiases.
M. Couturier. — Douleurs dans les cirrhoses.
M. Héloret. — Méningite à enterocoques et traitement.
M. Oger. — Calcifications pleurales.
M. Lecoutour. — « Crush Injury ».
M. Rosenberg. — Manifestation arthropatiques.
M. Schwartz. — Méningite colibacillaire et troubles psychiques.
M. Bal. — Destruction par la chaleur des bacilles de Koch.
M. Bernard. — Traitement des péritonites post abortives.
M. Bratières. — Traitement du tétanos par la novocaïne.
M. Duchateau. — Deux cas de myélomes multipliés.

9 *mai.* — M. Jacqueline. — Lipiodol dans les lombo-sciatiques.
M. Nicolet. — Syndrome myastheniforme chez chiqueurs.
M. Lesner. — Fonctions de la circulation.
M. Zacrojczyk. — Etude de l'hystéroscopie.
M. Chedorge. — Observation de kyste osseux.

15 *mai.* — M. Grall. — Rapports entre les vitamines et le système nerveux.
M. Thimel. — Un cas de priapisme dans la maladie de Bouillaud.
M. Truelle. — L'anémie dans les hernies.
M. Sarton. — Sulfamido-résistance dans la blennorragie.
M. Barrabe. — Tuberculose des séreuses chez 800 prisonniers rapatriés.
M. Deshayes. — Chimiothérapie anthelminthique.
M. Almeras. — La médecine dans les Thibault de M. Martin du Gard.
M. Bertran. — Traitement des arthrites gonococciques par la pénicilline.
M. Lévy. — Traitement de l'étranglement herniaire.
M. Folgoas. — Des sels de testosterone et du fibrome utérin.

16 *mai.* — M. Leib. — Ration vitaminée des sous-mariniers.
M. Bergeret. — Thoracoplastie avec apicolyse dans le traitement des abcès.
M. Lancu. — Anesthésie péridurale par voie sacrée.
M. Plantiveau. — Intoxication par le fluor.
M. Lampert del Cubinski. — Lutte contre le typhus exanthématique.
M. Gerfaud. — Etude historique des épidémies dans la Meuse.
M. Kermarrec. — Rapports de l'appendicite et de la grossesse.

17 *mai.* — M. Guempelson. — Anomalies congénitales de position du gros intestin.
M. Krief. — Résultats de sulfamidothérapie dans les septicémies à méningocoques.
M. Turgard. — Grossesses abdominales à la suite de rupture utérine.
M. Worm. — Deux cas de septicémie.
M. Millot. — Action thérapeutique des injections sous-cutanées d'histamine.
M. Paillard. — Asthmes sympathicotoniques.
M. Massonnet. — Traitement chirurgical de l'ozène par inclusion sous-muqueuse de cartilage.

21 *mai.* — M. Dastugue. — Intolérance aux combinaisons halogènes des sulfamides.
M. Barritault. — Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux et plaies atones.
M. Jhenitoff. — La cœlioscopie gynécologique.
M. Lemarchand. — Pseudo hermaphrodisme gynandroïde familial et héréditaire.
M. Drevillon. — Opération de Richer dans les cystalgies rebelles en particulier dans la cystite tuberculeuse.

22 *mai.* — M. Foing. — De l'accouchement du deuxième jumeau et de ses dystocies.
M. Bundorf. — De l'ectopie rénale unilatérale.
M. Gougis. — Etude du cancer primitif intrinsèque du duodénum.
M. Pauchet. — Traitement du diabète par les « Insulines Retard ».
M. Krawczyk. — A propos d'un cas de vomissements gravidiques graves tardifs.
M. Kupercyng. — A propos de quelques cas de grossesses extra-utérines doubles.

23 *mai.* — M. Besnard. — Cinq observations de gynécomastie chez les déportés.
M. Jacquignon. — La médecine du xvie siècle, en particulier la médecine française.
M. Douin. — L'acné polymorphe des brillantines.

3 *juin.* — M. Atias. — Diarrhées de guerre. Quelques notes de bataillon de 1939 à 1945.
M. Bruninx. — La tuberculose broncho-trachéale cliniquement primitive.
M. Le Bars. — Contribution à l'étude de la distomatose hépatique.
M. Papi. — Hémorragies méningées au cours de la spirochétose ictérigène.
M. Siméon. — Etat actuel du contrôle médical des activités physiques et sportives.
M. Cornu. — Traitement de hyperthyréoses.
M. Maurice. — Résultats de la mesure de la pression ventriculaire droite chez l'homme.
M. Ducret. — Traitement de pleurésies purulentes de l'enfant par la pénicilline.
M. Boyet. — Etude des tumeurs primitives des nerfs périphériques.
M. Gerbaud. — Victor Moreau, chirurgien de Bar-sur-Ornain, son rôle dans les résections.
M. Koesier. — Les hernies rétrocœcales.
M. Barre. — Problèmes alimentaires et leur conséquence chez les éudiants parisiens.
M. Loilier. — Etude de l'ascaridiose dans la vallée de la Semoy.
M. Proche. — Problèmes sanitaires soulevés par le Rapatriement des Français après la libération de la Pologne.

5 *juin.* — M. Dalibot. — L'échinococcose cardiaque.
M. Farcy. — Etude épidémiologique et clinique des fièvres typhoïdes chez l'enfant.
M. Chevrel. — Pneumothorax spontanés bénins avec images radiologiques de bulles d'emphysème.
M. Coulaud. — Infection hépatique d'origine ombilicale chez le nouveau-né.
M. Loubry. — Déviation du complément par sérums de tuberculeux.

M. Delille. — Intoxication par le thichlorothyleine.
M. Dupré. — Intoxication par le chanvre indien.
M. Fleury. — Etude de la sulfamidothérapie.
M. Wajnapel. — Rétinite gravidique.

6 *juin.* — M. Weintraub. — Acné provoquée par la brillantine et les crèmes de beauté.
M. Leibovici. — Divers traitements de la gale.
M. Boulanger. — Canitie et psychisme.
M. Comte. — Recrudescence de la morbidité vénérienne à Nantes depuis la guerre.
M. Parouty. — Application de la radiothérapie dite de contact aux verrues plantaires.
M. Brunet. — Traitement anti-syphilitique dans la maladie de Friedreich.
M. Erlich. — A propos de la spirochétose méningée pure.
M. Onfray. — Recherches cliniques sur les thromboses veineuses rétiniennes.

12 *juin.* — M. Rousseau. — Les pasteurelloses humaines.
M. Mongerion. — Traitement de l'ostéomyélite par la pénicilline.
M. Gelinet. — Variations tensionnelles au cours des affections endocriniennes féminines.
M. Muller. — Les sulfamides et la pénicilline en thérapeutique.
M. Martin Jacques. — Comportement bucco-dentaire du diabétique.
M. Lefrançois. — Accidents rénaux de la sulfamidothérapie
M. Blestel. — Physiopathologie de l'aviateur.
M. D'Essen. — Une forme particulière du cancer bronchique.
M. Bonneville. — Considérations sur le service de santé en temps de guerre.
M. Daumet. — Les thoracoplastics itératives d'indication pulmonaire.

13 *juin.* — M. Quesemand. — Les polynévrites de la sulfamidothérapie.
M. Dadu. — Manifestations viscérales du zona.
M. Labre. — Emploi des aérosols pharmacodynamiques.
M. Danne. — Influence des restrictions alimentaires sur l'éclosion de staphylococcies cutanées.
M. Delmon. — La sanction des études médicales à travers les âges.
M. Rivoal. — Bilan de contrôle sanitaire des rapatriés.

14 *juin* — M. Bourhis — Pénicillothérapie des broncho pneumonies de l'enfant.
M. Roland. — La puberté.
M. Sarda. — De la fréquence des gangrènes gazeuzes.
M. Russak. — Etude clinique et sérologique des candidats donneurs de sang.
M. Lerman. — Encéphalographie dans les atrophies cérébrales.
M. Rochlin. — Essai sur le traitement chirurgical des hypertensions.

THESES VETERINAIRES

9 *mai.* — M. David. — Essai d'amélioration des aptitudes laitières du cheptel bovin en France.
M. Williot. — Prophylaxie de la métrite septique chez la vache par le collargol.

15 *mai.* — M. Vonderscher. — Etiologie des anomalies du fœtus dans l'espèce bovine.
M. Rossard. — Anesthésie générale des bovins par voie endoveineuse.
M. Chappaz. — Diagnostic de la mammite tuberculeuse des ruminants.
M. Boisvert. — Rétractions tendineuses du cheval, bouleture et arqure.
M. Cuvillier. — Essais de mise au point sur la prophylaxie de brucellose bovine.

23 *mai.* — M. Agnet. — Ponction rachidienne par voie sous-occipitale.
M. Bourdereau. — Contribution à la solution des problèmes mineurs qui accompagnèrent la Libération.
M. Morel. — Etude des phlébites du cheval.
M. Calixte. — Les monstres d'Ambroise Paré et la Tératologie moderne.

4 *juin.* — M. Guillemot. — Les fractures du fémur chez le cheval.
5 *juin.* — M. Prévost. — Cadavérisation des glandes surrénales et stabilité adrénalinique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 5 juillet 1946

De l'enregistrement des pulsations invisibles du parenchyme pulmonaire par la kiné-densigraphie. — M. Maurice Marchat. — Ce procédé consiste à enregistrer des fluctuations d'un faisceau de rayons X traversant le cœur humain. Il s'agit, en somme, de l'enregistrement des pulsations des plus fines artérioles du parenchyme pulmonaire dont l'auteur montre des tracés caractéristiques. Après avoir décrit la forme de la pulsation artérielle normale du parenchyme pulmonaire, l'auteur monte les tracés recueillis au cours des modifications pathologiques du poumon. L'application de ce procédé est indiquée dans toutes les maladies pulmonaires et les maladies du cœur et des vaisseaux, à la fois comme procédé de diagnostic et de contrôle thérapeutique.

Diagnostic par le pneumopéritoine d'un foie ficelé syphilitique. Aspect radiologique et laparoscopie. — MM. Belbenoit et Loy. — Observation d'une fillette de 14 ans, présentant depuis vingt mois une ascite amenant le diagnostic de péritonite tuberculeuse. Une ponction évacuatrice avec pneumopéritoine démontra qu'il s'agissait d'un foie ficelé avec grosse rate. Wassermann positif. Le traitement spécifique fit disparaître tous les troubles.

Traitement du Kala-azar par un nouveau composé stibié : le 2186 RP. — MM. Durand, Benmussa et Carnand (Tunis). — Exposé de 6 cas de Kala-azar où le nouveau composé a donné de bons résultats. Très bonne tolérance du produit permettant l'emploi même chez l'enfant.

Diminution de la sécrétion lacrymale, sécheresse de la bouche sans polydipsie, chute des dents et des poils. Syndrome de Sjögren. — MM. Mussio-Fournier et Poumeau-Delille. — Observation d'un malade atteint des troubles trophiques multiples : diminution de la sécrétion lacrymale, disparition de toute sécrétion salivaire, sécheresse de la bouche, absence de sécrétion ano-rectale, disparition de la sécrétion sudorale du corps, chute des couronnes dentaires : origine hypothalamique possible de cet ensemble.

Quelques effets et conséquences dans le traitement des épithéliomas prostatiques par le diethylstilbœstrol. — MM. Huguenin et Fauvert. — Les auteurs utilisent des doses élevées et prolongées, par voie parentérale, jusqu'à 15 mg. par jour. Disparition rapide des néoplasmes en particulier d'un néoplasme rectal. Conséquences bénignes sur l'organisme.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

Séance du 1er mars 1946

Deux cas concomitants de polyradiculonévrite curable à forme ataxique avec dissociation albumino-cytologique provenant d'un camp de prisonniers. — MM. J. Euzière, P. Paces et N. Duc rapportent deux cas de syndrome de Guillain-Barré apparus à dix jours d'intervalle dans un camp de prisonniers de guerre. Le caractère contagieux de cette affection est ainsi plus nettement précisé, puisqu'ils ne trouvent pas dans le travail très complet de Van Bogaert et ses collaborateurs (J. Belge de Neurologie et Psychologie, 1938) d'exemples aussi typiques. Ces cas soulèvent, en outre, un certain nombre de problèmes intéressants : la prédisposition des syphilitiques aux infections à virus neurotropes, la localisation de l'ataxie et l'atteinte pyramidale discrète.

Curieuse céphalée qui s'est terminée par l'incision d'un abcès latéro-pharyngien. — MM. J. Euzière, L. Fabre et N. Duc rapportent un cas de déterminations strepcococciques multiples échelonnés sur quatre mois (otite, angine, septicémie, réaction méningée hypertensive, abcès latéro-pharyngien) toutes relativement bénignes, probablement par suite de la médication sulfamidée. Le tableau dominant a été celui d'une méningite non puriforme septique accompagnée de manifestations psychiques du type agitation axieuse, qui ont faussé le diagnotic avant la ponction lombaire.

Corps étrangers inattendus dans le canal rachidien. — MM. J. Euzière, P. Pages, N. Duc et F. Boyer présentent les radiographies de la colonne lombaire d'un sujet exploré pour sciatique, montrant l'existence de deux corps étrangers métalliques intrarachidiens entre 14 et 15.

Ces corps étrangers n'ont pas été interprétés jusqu'à ce qu'une radiographie cranienne, faite quelques jours après chez un autre malade trépané pour traumatisme cranien, soit venue fortuitement démontrer leur origine et leur nature.

Il s'agissait d'agrafes métalliques, posées neuf ans auparavant, à la suite de l'ablation d'un hémangioblastome du cervelet, pratiquée hors de Montpellier. Ces agrafes sont tombées dans le canal rachidien, expliquant probablement la sciatique.

Les résultats du pneumopéritoine dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — M. J. Vidal, reprenant le lot de ses observations publiées il y a deux ans, constate que les résultats favorables déjà bien peu nombreux (8 %) s'avèrent absolument inexistants lorsqu'on les reprend après un recul de deux ans. L'échec de la méthode est donc total dans la pratique personnelle de l'auteur.

La polypeptidorachie au cours de la stérilisation des méningites aiguës. — MM. J. Boucomont, R. Bosc, H. Latour et J. Dutarte, au cours de 4 cas de méningites purulentes de l'enfant traités par sulfamides ou pénicilline, ont dosé les polypeptides du sang et du L. C. R. : dans tous les cas, ils ont trouvé des chiffres anormalement élevés ; le retour à la normale se fait plus ou moins rapidement. Dans les cas de troubles secondaires, consécutifs à la phase de stérilisation de la méningite, les taux de polypeptidémie et de polypeptidorachie ont été particulièrement élevés et ne sont redevenus normaux que parallèlement à la disparition des troubles observés. Cette hyperpolypeptidie incite à penser que ces troubles secondaires d'aspect toxique sont liés à une résorption secondaire des produits de désintégration des lésions et des corps microbiens.

Dysphagie grave d'origine arthrosique vertébrale, gastronomie. — MM. P. Boulet, M. Goldlewski, J. Rodier et F. Boyer. — Syndrome de sténose œsophagienne grave, chez un septuagénaire, simulant le néoplasme œsophagien, ayant nécessité une gastrostomie ; disparition progressive et fermeture spontanée de la stomie. Cause extrinsèque, résidant dans les altérations arthrosiques très marquées de la colonne cervicodorsale, avec mécanisme neuro-fonctionnel intermédiaire très probable.

Epidurite streptococcique guérie par pénicillothérapie. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, A. Pineau et A. Bories-Azeau.

Trois cas de spondylite staphylococcique. — MM. M. Janbon et J. Chaptal.

Néphrites mélitococciques. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, G. Vallat et L. Bertrand.

Un cas de kala-azar de l'enfant guéri par la diamidine. — MM. J. Chaptal, P. Cazal et Conte.

Maladie de Cushing et troubles psychiques. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant et D. Brunel soulignent l'importance que peuvent prendre les troubles psychiques au cours de la maladie de Cushing. Dans deux observations, dont une avec vérification anatomique (adénome basophile), manifestations confusionnelles avec agitation psycho-motrice qui dans un cas ont demandé l'internement. L'origine diencéphalique des troubles psychiques est discutée d'après leur analyse clinique et d'après les constatations anatomiques qui ont révélé la présence de plaques de colloïde dans la tige pituitaire et le carrefour sous-thalamique. La part déclenchante que peuvent prendre la radiothérapie hypophysaire et les infections surajoutées (cas d'une des deux malades) est envisagée.

Ostéose fibro-kystique diffuse avec pigmentation cutanée. — MM. L. Rimbaud, P. Bétoulières, P. Passouant et G. Vallat. — Lésions osseuses, découverte radiologique, étendues à la presque totalité du squelette : images fibro-kystiques du type maladie osseuse de Recklinghausen, zones de condensation, arthrose du coude gauche, quelques fractures pathologiques incomplètes. Pigmentation cutanée en plaques. Nodules fibro-lipomateux enchassées dans le tissu cellulaire de la paume de la main et la face antérieure du bras. Syndrome humoral normal. Cholestérolémie 2 gr. 05. Discussion de la xanthomatose osseuse et du syndrome d'Albright. La maladie paraît plutôt due à des manifestations osseuses de la neuro-fibromatose d'après l'évolution torpide, la pigmentation cutanée, le caractère fibro-lipomateux des nodules et l'absence de troubles humoraux.

SOCIETE DE PEDIATRIE

Séance du 9 juillet 1946

Maladie de Hurler. — MM. Turpin, Chassagne et Lefebvre présentent un frère et une sœur, issus de parents consanguins, chez qui sont apparus progressivement à partir de deux ans une polydystrophie caractérisée par des déformations du crâne et de la face, une cécité progressive, une hernie ombilicale, une gibbosité et un retard intellectuel.

Un cas d'épilepsie réflexe. — M. Rossier présente un enfant de 14 ans amputé du bras gauche à la suite d'un accident. Un névrome s'est développé dans le moignon. Cet enfant, jusque-là indemne de toute tare, fait des crises d'épilepsie que l'on peut attribuer à une excitation réflexe partie du névrome. En effet un injection de novocaïne dans le névrome a fait disparaître les crises ainsi que les anomalies, antérieurement constatées dans l'encéphalogramme.

A propos de l'anorexie mentale commune des jeunes enfants. — M. Janet fixe les limites cliniques de l'anorexie essentielle et insiste sur l'association fréquente des troubles psychiques avec un défaut de fonctionnement hépatique, il donne les base de thérapeutique constituée par un régime « ascendant » allant en quelques jours de la diète à une alimentation normale, la psychothérapie en milieu familial et la thérapeutique hépatique.

Un cas de méningite du nouveau-né. — A propos du procès-verbal, M. Schreiber rappelle une observation de méningite à streptocoques survenue au deuxième jour de la vie.

Enquête sur 130 cas de cardiopathie congénitale. — M. M. Lamy, Mlle Schweisguth et Mme Wilk ont étudié 130 enfants atteints de cardiopathie congénitale : dans 20 cas existaient chez ces malades d'autres malformations congénitales ; douze fois on notait l'existence de cardiopathies chez d'autres membres de la famille. L'origine tératologique leur paraît donc certaine, malgré les discordances observées chez deux paires de jumeaux monozygotes. Ils n'ont pas pu mettre en évidence l'influence de la rubéole chez la mère.

Deux cas de myélite aiguë morbilleuse. — MM. Gras et Vauthier rapportent deux cas de cette complication rare : le premier évolua comme une myélite transverse et le second comme une polynévrite à forme ascendante avec intégrité du liquide céphalo-rachidien. Ces deux cas ont eu une évolution favorable après traitement sulfamidé.

Etude anatomo-clinique d'un volumineux kyste splénique observé chez un garçon de 12 ans. — MM. Turpin, Fèvre, Chassagne et Mme Pillet ont constaté l'existence d'une grosse rate chez un enfant se plaignant d'une douleur de l'épaule gauche et atteint d'un syndrome rénal. Une ponction permit de retirer un liquide citrin riche en cholestérine. Au cours de l'intervention chirurgicale, on découvrit un kyste mesurant environ vingt centimètres de diamètre, qui put être extirpé. Ils apportent les résultats de l'étude anatomique du kyste et de l'étude biologique du liquide.

Intérêt diagnostique de l'électromyogramme élémentaire en pédiatrie. — MM. Turpin et Lefebvre apportent les premiers résultats des recherches qu'ils poursuivent actuellement et projettent les tracés recueillis dans différentes affections nerveuses.

Néphropathie causée par une dose excessive de vitamine B_2. — M. Debré insiste sur les abus de prescription de la vitamine B_2 à doses massives et cite le cas d'une enfant de 8 ans qui, à l'occasion d'un virage de cutiréaction, prit 12 ampoules en six semaines. Il apparut une anorexie progressive avec soif anormale, polyurie claire à prédominance nocturne, hypertension à 18-12, azotémie à 0 gr. 65. Ce cas évolua lentement vers la guérison.

M. Thieffry rapporte cinq autres observations d'accidents survenus dans les mêmes conditions, caractérisés par une anorexie, des troubles urinaires avec hypertension et azotémie, des vomissements et une absence totale de fièvre. Ces cas peuvent simuler la méningite tuberculeuse, d'autant plus que dans une de ces observations est apparue une attaque apoplectiforme.

Réticulo-histiocytomes multiples de la peau avec grosse surcharge phospho-lipidique du sérum sanguin et splénomégalie discrète chez un nourrisson de 15 mois. — M. Gérard Lefèvre (de Lille).

Un cas de leucosarcomatose. — M. Gérard Lefèvre (de Lille), rapporte un cas de leucosarcomatose survenu chez un garçon de 9 ans, issu de parents consanguins et caractérisé par la longueur de la phase tumorale préleucémique.

ANALYSES

Sur les épididymites aiguës non spécifiques. Aulis Korhonen *Acta chirurgica scandinavica*, vol. 3, fasc. II-V, 1946, p. 270-293).

La guerre amène parfois l'éclosion à l'état épidémique d'affections qui sont en temps de paix à l'état sporadique. Telle est l'épididymite aiguë non spécifique. Déjà observée dans la guerre 1914-1918, elle a été à ce moment l'objet de publications qu'énumère l'auteur.

Il en a été de même à la dernière guerre. L'auteur a pu en observer 40 cas dans l'armée.

Le début est fébrile pendant deux ou trois jours. Le gonflement qui peut être considérable avec rougeur de la peau siège le plus souvent à la queue de l'épididyme. Parfois un peu de pollakiurie, jamais de sécrétion de l'urètre ni de bactéries dans l'urine. La sédimentation globulaire est élevée. Les symptômes disparaisent en général au bout de quinze jours. Mais il y a des formes traînantes et parfois des rechutes.

Le traitement consiste dans le repos et l'emploi des sulfamides.

La maladie est très contagieuse par la promiscuité des cantonnements. Elle n'est pas provoquée par des bactéries ordinaires, mais par quelque virus encore inconnu. Il semble bien que, même dans les cas rares où les deux côtés sont frappés, il n'en résulte pas de stérilité. Aussi le traitement chirurgical est-il nettement contre-indiqué.

M. L.

L'asbestose pulmonaire. — A. Langelez, *Bruxelles médical*, 25e année, numéro jubilaire, décembre 1945, pp. 80-85, 4 fig

L'asbeste ou amiante, silicate hydraté de chaux et magnésie est de plus en plus employée dans l'industrie parceque incombustible : tissus, décors de théâtre, matériaux de construction, isolants, ardoise artificielle (éternit).

Les poussières émises pendant qu'on la travaille sont composées de très fines aiguilles qui s'implantent dans les bronches, les alvéoles pulmonaires, s'y incrustent donnant lieu à une réaction fibreuse secondaire.

L'évolution de la maladie est fruste, se traduisant par une dyspnée de plus en plus marquée, quelques douleurs et une toux sèche. L'auscultation et la percussion sont négatives sauf dans les cas très avancés.

La radiographie montre une absence générale de translucidité avec un semis de têtes d'épingles, l'image « en verre pilé ».

Le diagnostic serait très difficile si on ne trouvait pas dans les crachats et mieux encore dans le liquide extrait par ponction pulmonaire des « curious bodies » de Cooke, visibles au microscope et qui ne sont autres que des spicules d'asbeste enrobés de protéine sanguine et donnant la réaction du bleu de Prusse.

L'évolution est lente mais conduit progressivement à la cachexie et à la mort.

Toute thérapeutique est inutile et illusoire. Un tableau que donne l'auteur montre que la mortalité est plus élevée et plus rapide que dans la silicose, maladie professionnelle analogue.

M. L.

Le syndrome de Ménière, la migraine et certains états associés, par Jean Lacerte (*Laval médical*, vol. 10, n° 8, octobre 1945, page 582).

L'auteur invoque à l'origine du vertige de Ménière un dysfonctionnement vasculaire.

La réaction intradermique à l'histamine permet de distinguer chez les malades atteints de vertige de Ménière des sujets sensibles à l'histamine, la crise serait alors due à une vaso-dilatation primitive, les vaso-constricteurs abolissent la crise, les vasodilatateurs la provoquent, la désensibilisation par l'histamine donne d'excellents résultats.

Chez d'autres malades, et ce sont les plus nombreux (4 sur 5) la vaso-constriction serait primitive et provoquerait la crise par un mécanisme d'anoxémie temporaire de la cochlée et du vestibule. L'amélioration est obtenue par les vaso-dilatateurs, en particulier par l'acide nicotinique, mais le traitement doit être prolongé.

La migraine répondrait au même mécanisme : vaso-dilatation primitive ou vaso-constriction primitive avec scotome puis vasodilatation secondaire.

A l'appui de cette théorie, l'auteur rapporte des faits d'association de migraine et de vertige de Ménière : lorsque la céphalée précède le vertige, il y a vaso-dilatation primitive (sujets sensibles à l'histamine). Le vertige et le scotome précèdent la céphalée dans le cas contraire. Ainsi le vertige de Ménière et la migraine relèvent du même processus vaso-moteur, seule la localisation des troubles diffère selon le type clinique réalisé. Selon l'auteur un dysfonctionnement vasculaire analogue pourrait être invoqué dans certain état épileptique, dans des névralgies faciales, des spasmes coronariens ou des troubles vésiculaires qui sont, parfois, associés aux syndromes précédents.

M. L. S.

Pénicilline et abcès du cerveau. — P. Puech et J. Beck. *La Médecine*, 27e année, n° 4, avril 1946, pp. 14-20.

Ce travail est basé sur 11 observations d'abcès cérébraux avec 9 guérisons et seulement 2 décès, résultat très beau étant donné que beaucoup de ces malades ont été traités dans un état désespéré.

Il s'agissait aussi bien d'abcès d'origine otorhinologiste (otite mastoïdite), d'origine médicale (septicémies après panaris, abcès pulmonaire, anthrax de la lèvre, abcès du rein), que d'origine chirurgicale (fracture du rocher, fracture ouverte de la voûte, suites opératoires compliquées de neuro-chirurgie).

Ces abcès évoluent en trois phases : encéphalite suppurée, abcès collecté, abcès encapsulé.

Au stade d'encéphalite, tenter la pénicillothérapie générale et rachidienne de manière précoce et intensive. En cas d'échec, parer à l'hypertension intracranienne par volet décompressif, ponction ou drainage ventriculaire. Si cela ne suffit pas, pratiquer d'urgence l'amputation de la zone d'encéphalite suivie de pénicilline locale et générale.

Au stade d'abcès collecté la pénicilline stérilise bien le pus, mais l'hypertension intracranienne persiste. Il faut faire une trépano-ponction exploratrice, évacuer le pus, injecter localement de la pénicilline. En même temps pénicillinothérapie générale. Il peut être nécessaire de drainer l'abcès ou de faire un volet décompressif en cas d'œdème cérébral.

Au stade d'abcès encapsulé la pénicilline locale et générale peut être insuffisante, laissant un corps étranger qu'on sera obligé d'extirper secondairement, mais alors les risques d'infection seront réduits au minimum car la pénicilline a rendu l'abcès aseptique.

M. L.

Traitement de la blennorragie par la pénicilline. — J. Gandin. *Bull. méd.*, n° 11, 11 avril 1946, p. 141.

L'auteur a pu traiter par la pénicilline 100 cas de blennorragie soit à bord des unités de la marine française, soit avec le concours des confrères anglais des hôpitaux maritimes de Greenock, Portsmouth et Phymouth ou des centres spécialisés.

Les 100 cas présentés ont été traités par des injections intramusculaires de solutions aqueuses de sel de sodium de la pénicilline, 60 à la suite d'échecs aux sulfamides, 40 par la pénicilline d'emblée.

La puissance antimicrobienne de la pénicilline se manifeste avec une rapidité très grande. « On peut dire, en général, que trois heures après la première injection l'écoulement diminue et qu'entre la cinquième et la sixième heure il cesse : la disparition des gonocoques est constamment précédée par une altération morphologique des germes. » Après le huitième jour les gonocoques ont disparu. Il est nécessaire de faire un contrôle de guérison environ une semaine après la fin du traitement. Enfin, il est important de pratiquer systématiquement une prise de sang deux à trois mois après la guérison en vue d'écarter la possibilité d'une syphilis associée et jusque-là passée inaperçue.

La posologie fut la suivante : dose moyenne de 100.000 unités réparties en 5 injections de 20.000 unités chacune, toutes les trois heures comme traitement de l'uréthrite aiguë. L'injection unique est à déconseiller. L'auteur insiste sur les avantages de l'association pénicilline-sulfamides. « J'ai suivi, dit-il, la méthode anglaise qui consiste à sensibiliser en quelque sorte l'organisme à la pénicilline par une dose faible de sulfamides : 12 grs. de sulfathiazol répartis en deux jours (8 grs. puis 4 grs.) suivis de 50.000 unités en 5 injections ; sur 12 cas traités de cette façon j'ai eu 10 guérisons complètes, mais 2 rechutes traitées immédiatement par 100.000 unités. »

Si les sulfamides précédant la pénicilline présentent de grands avantages, la réciproque existe et la pénicilline renforce nettement l'action des sulfamides.

M. L. S.

Sciatiques et lombalgie par hernie postérieure des disques intervertébraux. — MM. D. Petit-Dutaillis et S. de Sèze, in-8, 178 pages, 133 fig. originales, Masson et Cie, éditeurs.

Cet important travail, basé sur les 50 premiers opérés par l'un des auteurs, fixe l'état actuel de la question.

Après une étude anatomique et physiologique du disque nor-

mal, la pathogénie de la hernie discale est longuement exposée ainsi que les compressions radiculaires qui en résultent. L'étude clinique comporte plusieurs chapitres. C'est tout d'abord l'étude très fouillée du cas habituel (40 cas) de hernie discale postérieure réalisant le tableau d'une sciatique banale : le plus souvent *sciatique unilatérale* dont sont étudiés les signes fournis par l'interrogatoire (la douleur et ses caractères, les dysesthésies) et ceux de l'examen clinique (signes rachidiens, douleurs d'élongation, signes neurologiques, examen du liquide céphalo-rachidien, radiographie, épreuve du lipiodol) plus exceptionnellement la sciatique est bilatérale.

Le diagnostic comporte l'élimination du mal de Pott, la sacro-coxalgie, le cancer vertébral, la sacralisation douloureuse. Le traitement orthopédique doit être réservé à certains cas et, de toute manière, toute manipulation brusque est dangereuse et doit être bannie.

La laminectomie est le traitement de choix. Sa technique est exposée en détail. Les résultats immédiats et éloignés sont excellents tout au moins dans la forme de sciatique pure, moins complets dans les formes paralytiques, malades chez lesquels on a attendu trop longtemps pour intervenir. L'ouvrage, luxueusement édité, se termine par une bibliographie qui contient près de 200 références.

M. L.

Rhumatismes d'origine focale prostatique. — M. Gaucher. *Revue du rhumatisme et des maladies ostéo-articulaires.* 13e année, n° 2, février 1946, pp. 36-42.

On connaît l'importance qu'à l'étranger on attribue aux infections d'origine dentaire et amygdalienne dans le déterminisme des arthrites rhumatismales. On a aussi incriminé d'autres *foci* digestifs, pleuro-pulmonaires, génitaux, cutanés. Les infections prostatiques ont été peu étudiées en France. L'auteur a recherché chez 25 malades cette origine. 18 observations sont assez anciennes pour être utilisées, un tableau les résume. Tous ces malades ont subi des urétroscopies postérieures.

Il arrive aux conclusions suivantes : on ne saurait mettre en doute l'action du foyer prostatique en tant que foyer d'infection. La cure du foyer prostatique a entraîné dans presque tous les cas, en même temps qu'une reprise de l'état général, une amélioration rapide, voire spectaculaire, de lésions rhumatismales le plus souvent anciennes, tenaces, rebelles à toutes les thérapeutiques.

La plupart des malades étaient d'anciens blennorragiques, mais dans certains cas l'infection d'origine sanguine est certaine.

Il existe donc une toxémie d'origine prostatique pouvant être la cause d'arthrites rhumatismales même en dehors de toute gonococcie.

L'auteur insiste sur l'importance de l'examen de la prostate dans la spondylose rhizomélique, presque exclusivement observée chez l'homme. L'origine prostatique de l'infection dans cette affection serait expliquée par la distribution des lympathiques émanant de la prostate et des vésicules séminales.

M. L.

Contribution à l'étude de la maladie rhumatismale post-dysentérique et de certains types des maladies rhumatismales : les syndromes arthro-oculo-urétro-parotidiens, par J. Marche. *Revue du Rhumatisme*, 13e année, n° 4, avril 1946, pp. 91-96.

L'origine dysentérique de certains rhumatismes aigus, à évolution rapidement favorable et généralement bénigne, est solidement établie. A l'occasion d'une observation personnelle l'auteur montre qu'il n'en est pas toujours ainsi et qu'elle peut évoluer de façon subaiguë pendant plusieurs années, et que le syndrome oculo-parotidien peut en constituer un élément essentiel.

L'auteur étudie ces formes prolongées chroniques, montre leur association diverse à l'urétrite, l'uvéite, la parotidite.

Contrairement à l'opinion courante, la dysenterie bacillaire n'est pas seule la cause de ces syndromes. On peut les observer dans l'amibiase comme l'ont montré les auteurs américains.

La recto-colite ulcéro-hémorragique cryptogénétique peut se compliquer assez souvent de rhumatismes.

L'association du rhumatisme et d'une uvéite évoluant par poussées est bien connue.

L'observation de l'auteur et quelques autres, prouve qu'il existe un syndrome arthro-oculo-urétro-parotidien à évolution subaiguë, avec fièvre, et, dans quelques cas, des adénopathies et des éruptions, d'origine dysentériques.

L'auteur assimile à ce syndrome de Fiessinger et Leroy, celui de Retter, en rapproche le syndrome de Sjogren et même certains cas du syndrome de Heerfordt dans lequel on trouve une uvéite, une fluxion des glandes lacrymales et parotidiennes.

Une bibliographie très complète termine cet intéressant article.

M. L.

A propos de la goutte. — *Archives de Rhumatologie*, tome V, 1945-46, n° 3, 13, rue du Puits-Gaillot, Lyon.

Dans ce fascicule de 44 pages illustré de nombreuses reproductions radiographiques, une série d'articles de spécialistes étudie la goutte et spécialement ses manifestations rhumatismales.

L. Berthier (Lyon) expose le diagnostic clinique de l'affection, P. Robert (Aix-les-Bains) le diagnostic radiologique ; R. Fauvert en explique la pathogénie. Deux articles de P. de Graciansky étudient le métabolisme des purines, et l'analyse optique des cristaux des tophi ; H. Paillard et C.-H. Paillard (Vittel) décrivent les tophi extra-articulaires (tophi auriculaires, des parties molles dos de la main, genou, coude, des tendons) ; c'est un de ces cas de goutte chronique avec gros trophi que F. Françon et P. Paddherbe (Aix-les-Bains) nous décrivent ; la Diurèse dans la goutte est étudiée par le Pr P. Mauriac ; enfin MM. F. Françon et J.-J. Herbert (d'Aix-les-Bains) attirent l'attention sur la fréquence des accès de goutte à la suite d'un traumatisme accidentel ou opératoire.

On trouve aussi dans ce numéro une analyse étudiée de l'ouvrage de H. Paillard et R. Fauvert (de Vittel) : *La Goutte, étude clinique, anatomique et biologique*, J.-B. Baillière et fils. Paris, 1945, 144 p., 51 fig.

M.-L.

Sur les difformités du radius dans la neuro-fibromatose multiple (maladie de von Recklinghausen). — Lars Hagelstam (*Acta chirurgica scandinavica*, vol. XCIII, fasc. II-V, 1946, pp. 169-193).

Après une revue générale très complète de nos connaissances actuelles de la neurofibromatose et en particulier des modifications concomitantes du squelette (augmentation ou arrêt de croissance des os longs, déformations crâniennes, pseudarthroses congénitales) l'auteur donne une analyse des 105 cas de difformité de la colonne vertébrale publiés comme ayant cette affection comme origine. Il en distingue deux groupes : des déviations secondaires à des déformations du bassin, différences de longueurs des membres inférieurs ou supérieurs, les déformations primitives très variables comme aspect. Dans ces dernières, il relève 16 cas de compression médullaire. Il apporte un nouveau cas personnel avec déformation en sablier des trois premières vertèbres lombaires. Il admet que les déformations osseuses sont dues à des troubles neurotrophiques de la croissance de l'os. Une bibliographie très complète termine cet intéressant article.

M. L.



HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE



HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois matin et soir avant les repas dans un demi verre d'eau

Les Périls de la thérapeutique salicylée. — V. Giuliani. *La Diagnosi*, vol. II, fasc. 1, janvier 1946, p. 35.

Comme l'avait prévu le Dr Levent dans son article : « La Polémique du Salicylate » (*Gazette des Hôpitaux*, 1er janvier 1943, p. 9), le procès du salicylate de soude « revient devant la cour ». L'auteur déclare que l'on obtient dans l'infection rhumatismale des résultats surprenants à condition de donner des doses « généreuses » et prolongées. Il donne l'exemple de *Cobrien* (*Bull. J. Hopkins Hosp.*, vol. 73, p. 435), qui administra pendant quatre jours consécutifs par voie intraveineuse 10 gr. par jour, obtenant une concentration plasmatique de 400 millièmes de milligramme supérieure à celle de 150 à 200 que l'on peut obtenir par voie buccale.

Mais d'autre part, dans ces dernières années, de nombreux auteurs ont signalé le danger de ces doses élevées. Dans la même revue (vol. I, n° 3, p. 92) est signalé un cas d'hypotrombinémie. L'emploi de la vitamine K peut prévenir cette complication. On a même cité récemment des cas mortels (Ashworth et MacKennic, *J. of amer. med. Ass.*, vol. 126, p. 806, 1944. — Troll et Coll. *am. J. Dis. child.*, vol 69, p 3, 1945).

Il faut donc instituer une surveillance attentive des sujets en cure salicylée : les vertiges, l'hypoacousie, les nausées et autres symptômes indiquent le moment où il convient de suspendre l'administration du médicament.

Sur les séquelles des fractures de l'extrémité inférieure du radius et leur traitement. — M. Van der Ghinst. *Bruxelles-Médical*, 26e année, n° 14, 9 juin 1946, pp. 603-613, 4 fig.

S'appuyant sur 4 observations du service du professeur Danis, l'auteur montre que certaine de ces fractures, même correctement traitées, entraînent une invalidité prolongée. Les séquelles observées sont de trois ordres : 1° une impotence fonctionnelle par raideur, mais surtout diminution de la force ; 2° des troubles sympathiques : refroidissement, cyanose, aspect vernissé de la peau des doigts, troubles trophiques des ongles, poils, sudation. 3° des paresthésies dans le territoire du médian.

Ces phénomènes résultent d'un spasme artériel permanent, hypertonie sympathique déclanchée par le traumatisme. L'anesthésie du ganglion stellaire répétée deux fois par semaine, en y joignant l'infiltration locale des points douloureux, constitue la thérapeutique la plus efficace et la plus rapide de ces états.

M. L.

Sur les opérations plastiques du pouce. — K. E. Kallio (*Acta chirurgica scandinavica*, vol. 93, fasc. II, 1946).

Ce travail est basé sur 10 opérations de réfection plastique du pouce pratiquées à l'hôpital des Invalides à Helsinski.

Dans deux cas on a employé l'opération de Huguier : phalangisation du premier métatarsien par section incomplète de l'adducteur. Dans deux autres cas, c'est la méthode de Perthes, ablation du deuxième métatarsien. Dans ces quatre cas les résultats fonctionnels ont été satisfaisants.

Dans cinq observations, la phalange du pouce était absente. On s'est servi de la technique de Nicoladoni première manière : constitution avec la peau du flanc d'un tube cutané contenant un morceau de la crête iliaque. Le greffon s'étant nécrosé, on le remplace par un greffon tibial, mais quatre fois ce greffon se résorbe. Aussi l'auteur conseille de faire la greffe du tube cutané et d'introduire dedans lorsque la vitalité est acquise, un transplant osseux. Dans les cinq cas on a obtenu un pouce esthétique avec mobilité et force assez grande du premier métatarsien. Revus à distance, on constate que tous, sauf l'extrême bout, ont la sensation de contact et de piqûre d'aiguille. Quatre avaient la sensation thermique.

Dans un dernier cas où tout le pouce y compris le métatarsien était absent, l'auteur, après avoir dans un premier temps constitué le tube cutané, a implanté un transplant osseux dans le trapèze, puis l'a poussé dans le tube cutané de la peau abdominale. Celui-ci est suturé à la main. Le résultat a donné un pouce cosmétiquement bon, raide, long de 5 centimètres, que l'index en flexion atteint. La peau est encore insensible.

L'auteur discute les procédés de transplantation du deuxième orteil (Nicoladoni) du quatrième doigt de la main saine (Joyce) à la place du pouce. Mais la transplantation des tendons obtient exceptionnellement dans ces cas la conservation de la mobilité.

Il expose aussi les techniques de Lauenstein, Guermonprez qui transforment le deuxième doigt avec son métatarsien en pouce par ostéotomie ou transposition.

L'auteur propose que l'invalidité due à la défectuosité du pouce soit estimée à 10 %, 15 % si le métatarsien manque. Après opération plastique l'invalidité est réduite à 5 ou 10 %

Une bibliographie complète de la question termine cet important article.

M. L.

Erratum. — N° 14, 15 juillet, p. 310, 2e col : au lieu de névralgie paresthésique, lire méralgie paresthésique.

CHRONIQUE

Evadés de la médecine

Voici quelques jeunes hommes qui prennent leur première inscription de médecine. Les uns sont des convaincus, presque des fanatiques ; fils, petits-fils et neveux de médecins, ils n'ont jamais songé à une autre profession ; s'ils sont intelligents et travailleurs, ils pourront, plus facilement que leurs camarades, monter très haut dans la hiérarchie médicale. D'autres ont été dirigés vers l'art de guérir par le retentissement de découvertes thérapeutiques, par la renommée de quelques grands chirurgiens ; vers 1895, tous les bacheliers connaissaient les noms de Guyon, de Péan ; plus tard, ils ont été séduits par la renommée d'un Lecène, d'un Gosset, d'un Duval ou de Thierry de Martel. Ils étaient encore attirés par les travaux immortels de Pasteur ou de ses élèves ; la communication de Roux, Martin et Chaillou au Congrès de Budapest, en 1894, sur le sérum antidiphtérique, avait eu, et certes elle le méritait, les honneurs de la presse quotidienne. Il y avait aussi, et il y a toujours, le groupe des indécis, des nonchalants, de ceux qui ne savent que devenir et de ceux qui, autrefois, pour bénéficier de l'article 23 de la loi militaire, considéraient que le doctorat en médecine s'obtenait plus facilement que le doctorat en droit. Une thèse de droit exige une longue méditation ; une thèse de médecine passait pour être fabriquée en quelques jours.

En effet, quand on consulte les collections de thèses médicales, on trouve malheureusement, à côté de travaux considérables et qui deviennent classiques, des plaquettes absolument insignifiantes.

Il y a donc des étudiants en médecine qui font leurs débuts sans vocation — terme bien démodé — sans enthousiasme ; à quelques-uns, l'ardeur vient peu à peu ; c'est comme dans le mariage de convenances qui aboutit parfois au grand amour. Mais d'autres sont rapidement rebutés par l'attristant spectacle des cancéreux inopérables, par l'atmosphère de la salle de dissection et alors ils s'évadent de la Faculté pour prendre une autre voie qui, cette fois, sera la bonne et pourra même les conduire à la célébrité, à la gloire.

Le terme « évadés de la médecine » fut, si je ne me trompe, employé pour la première fois par le regretté Cabanès auquel nous devons de si curieuses recherches médicales ou para-médicales.

Parmi ces évadés bien connus, on peut citer Sainte-Beuve.

Excellent élève au lycée, il se distinguait en français et en vers latins (j'emprunte ces détails à M. Victor Giraud, « Revue des Deux-Mondes », 1er août 1934). Sa mère n'encouragea pas ces « humeurs véreuses » et l'orienta vers la médecine. Alors qu'il était déjà externe à l'hôpital Saint-Louis, quelques articles de critique littéraire publiés par lui dans « Le Globe » furent très remarqués et Sainte-Beuve abandonna les études médicales et avant de devenir le célèbre auteur des « Causeries du Lundi » et de « Port-Royal », il fut le collaborateur de la « Revue de Paris ».

Celle-ci avait été fondée en 1829 par le Dr Louis Véron, premier de la promotion de l'internat des hôpitaux en 1820. On sait que Véron fut l'une des figures les plus curieuses du monde parisien de son époque. Il dirigea aussi le « Constitutionnel » et fut directeur de l'Opéra.

Si on ne lit plus beaucoup les « Causeries du Lundi », encore moins peut-être « Port-Royal », on écoute encore avec ferveur la « Damnation de Faust » ; Hector Berlioz fut aussi des nôtres pendant quelques mois ; mais il avait la passion de la musique ; dès l'âge de douze ans il avait commencé à jouer de la flûte, puis de la guitare et ensuite du tambour. Son père, médecin de campagne dans l'Isère, l'envoya s'inscrire à la Faculté de Paris. C'est avec regret que Berlioz quitta « les chants inspirés par les anges immortels de la poésie et de l'amour pour des cadavres hideux, les cris des patients, les plaintes et le rôle précurseurs de la mort ». Malgré les instances de son père, il passa de la Faculté ou Conservatoire et devint l'immortel auteur du Requiem, de la Symphonie fantastique et de beaucoup d'autres œuvres admirables.

On connaît certes d'autres exemples de médecins détournés de leur profession par la musique. Quelques-uns, enfin, sans s'être évadés complètement ont fait des infidélités sensationnelles à la médecine. L'un des plus célèbres est assurément Borodine, le génial compositeur russe était médecin, il était même arrivé à une grande notoriété scientifique lorsqu'il composa le « Prince Igor ».

Sans arriver à la gloire, d'autres évadés de la médecine ont, en changeant de carrière, servi notre pays plus utilement que s'ils avaient exercé une profession pour laquelle ils avaient peu de goût et peu d'aptitudes. Un jeune stagiaire de l'Hôtel-Dieu de Nantes voit, dès le jour de son arrivée dans le service, le chef de clinique examiner un malade et l'entend faire le diagnostic de cancer de l'estomac ; le Maître reprend l'examen et affirme que ce malade est atteint d'urémie (on ne connaissait alors ni le dosage d'urée dans le sang ni la radioscopie de l'estomac). Le lendemain, c'est, auprès d'un ictérique, une longue discussion de diagnostic différentiel entre calcul du cholédoque et cancer du pancréas. Notre apprenti clinicien, bouleversé par ces incertitudes de diagnostic, et très épris des mathématiques et des sciences dites exactes, quitte l'hôpital en toute hâte, prépare le concours d'entrée à l'Ecole polytechnique, y est reçu dans un très bon rang, en sort troisième et termine sa belle carrière comme inspecteur général des Mines.

M. Brelet.

INTERETS PROFESSIONNELS

Confédération des Syndicats médicaux français

60, bd de Latour-Maubourg, Paris (7e)

En réponse à des informations inexactes propagées dans le Corps médical par des organismes non syndicaux, nous donnons ci-dessous le texte de la « Note verbale » lue et commentée à la Commission nationale tripartite siégeant au ministère du Travail, le 4 juillet, et traduisant la position adoptée par le Conseil d'administration confédéral les 22 et 23 juin.

D'autre part, nous précisons que la circulaire n° 13 — devenue caduque dans les détails, mais dont la décision mentionnée ci-dessus reprend les directives essentielles — n'a pas été communiquée au gouvernement. Le sens en avait été indiqué à la Commission nationale tripartite qui avait, par la voix de son président, déclaré à ce moment n'avoir pas à s'y référer.

Note verbale

« La Commission nationale tripartite a, à notre sens, commis une erreur en fixant par voie d'autorité des honoraires ou tarifs qui sont, dans nombre de cas, nettement inférieurs aux honoraires pratiqués depuis plusieurs mois, ou dont l'augmentation incessante du coût de la vie justifie largement des relèvements, à l'heure actuelle.

Les Syndicats médicaux ont donc décidé de fixer eux-mêmes, de façon strictement raisonnable, les honoraires applicables à tous les assurés sociaux dont les ressources globales, le train de vue, compte tenu des charges, ne permettent pas l'assimilation aux catégories aisées de la population.

L'homologation des barèmes d'honoraires et tarifs, ou leur fixation éventuelle, seront réalisées par le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français.

Ce sont ces honoraires qui, sauf dérogations légales, ou conventions en cours, seront appliqués.

Il nous reste à souhaiter, pour permettre aux assurés de bénéficier entièrement des dispositions légales qui leur sont favorables, en attendant les modifications que nous réclamons à l'ordonnance du 19 octobre sur les Assurances sociales, que la Commission nationale, dans un esprit de large compréhension, adopte les règles, dont, en toute équité, compte s'inspirer en l'espèce, le Conseil de la Confédération des Syndicats médicaux français. »

Voitures et pneus

Voitures. — Nous continuons à réclamer avec insistance voitures et pneus en plus grand nombre et protestons contre l'attribution presque exclusive de Simca V.

Les secrétaires syndicaux départementaux reçoivent par information du 23 juillet quelques précisions supplémentaires.

Nous aurons au cours du trimestre actuel environ 200 Jeeps, usagées, mais en bon état. Les intéressés qui nous ont fait la demande seront immédiatement et individuellement prévenus, lorsque nous aurons l'indication du prix approximatif et du lieu de stockage.

Nous avons aujourd'hui même l'assurance officielle que le droit de priorité absolue sera réservé aux médecins pour l'achat des voitures vendues par les Domaines. Nous donnerons les détails d'application de cette indication dès que nous les connaîtrons.

Pneus. — Un contingent supplémentaire d'environ 1.500 enveloppes et chambres va nous être attribué. Les secrétaires départementaux des Syndicats sont prévenus par communiqué daté 23 juillet, du nombre qui sera mis à leur disposition, compte tenu du chiffre des médecins et des nécessités locales.

INFORMATIONS (Fin)

Anciens combattants et victimes de la guerre

CHEVALIER. — M. Julien Jouin, médecin chef de l'Institution nationale des Invalides. (J. O., 17 août 1946.)

GUERRE

OFFICIER. — M. Marland (Georges-Gabriel), médecin lieutenant.

CHEVALIER. — M. Biderman (Max), médecin capitaine ; M. Lacapère (Jean), médecin capitaine.

AIR

CHEVALIER. — Mlle Hirschovitch (Rosa-Siona), médecin lieutenant. (J. O., 18 août 1946.)

Guerre

Citations à l'ordre de l'armée

M. Barroux (Pierre), médecin lieutenant.

M. Bereni (Louis-Don-Ignace-Joseph-Marie), médecin capitaine.

M. Lissitzky (Serge-Florent), médecin lieutenant.

M. Poudevigne (Henri), médecin capitaine. (J. O., 18 août 1946.)

Intérieur

Médaille de la Reconnaissance française. — Par décret du 17 août 1946, la médaille d'argent de la Reconnaissance française est décernée aux Hospices civils de Bône. (J. O., 18 août 1946.)

MÉDAILLE D'ARGENT DE 1re CLASSE. — Drs Aubry, Coudray, Descotes, Lebreton et Page, médecins de la Défense passive de Saint-Malo, et Lesene, médecin de la Défense passive de Paramé.

MÉDAILLE D'ARGENT DE 2e CLASSE. — Drs Ferey et Legay, de Saint-Malo, et Triboûmery, de Courboisville.

MENTION HONORABLE. — Drs Sirée, Fremond et Le Bayon, de Fougères. (J. O., 13 août 1946.)

Anciens combattants et victimes de la guerre

Prorogation de validité des cartes du combattant. — A titre exceptionnel, demeureront valables jusqu'au 1er décembre 1948 les cartes du combattant du modèle déterminé par l'arrêté du 3 juillet 1933 et ayant plus de cinq ans de date. (J. O., 17 août 1946.)

Syndicat des Médecins experts du Tribunal civil de 1re instance de la Seine

Le Syndicat, constitué légalement, a élu son bureau. Président : Dr Coutela ; vice-président : Dr Huber ; secrétaire général : Dr Desplas ; trésorier : Dr Lamy.

Les médecins experts non inscrits sont invités à envoyer adhésion et cotisation (200 francs), au Dr Lamy, trésorier, 56, avenue de Neuilly, à Neuilly-sur-Seine.

Hébertisme et Médecine. Journée Médicale d'Information organisée par la Fédération française d'Education physique, le dimanche 15 septembre 1946, au Collège d'Athlètes de la S. N. C. F., à Ermont, sous la présidence du Dr Thooris.

Renseignements à la Commission médicale F. F. E. P., 2, rue de Valois, Paris (1er). Central 99-21.

Mariage

On annonce le mariage de M. François Tobé, externe des hôpitaux de Paris, avec Mlle Paule Le Normand. Paris, 18 juillet 1946.

Nécrologie

— Dr Marcel Brulé, médecin des hôpitaux, professeur à la Faculté de médecine de Paris, décédé le 5 août à Latheue (S.-et-L.), où il a été inhumé dans la plus stricte intimité.

Dr Emile Germain-Sée, décédé le 3 août 1946, à Paris, dans sa 75e année.

— Dr Charles Guérin, chevalier de la Légion d'honneur, croix de guerre 1914-1918, décédé le 4 août 1946, à Neuilly.

— Dr Raoul Fouineau, officier de la Légion d'honneur, médecin assermenté du ministère de l'Intérieur.

— Dr Pierre Madouf (de Paris), victime d'un accident de montagne.

— Dr Alexandre Hurel, chirurgien honoraire des hôpitaux du Havre, médecin expert près la Cour d'appel de Paris, chevalier de la Légion d'honneur.

BIBLIOGRAPHIE

Masse, Elites et Médecine (1)

Connaître, la très belle publication que notre excellent confrère **Le Concours Médical** édite depuis l'an dernier, vient de faire paraître son quatrième fascicule trimestriel.

On sait que **Connaitre**, fondé à la fin de 1945, est dirigé par nos distingués confrères et amis les frères Biancani. Avec un sens très avisé, les directeurs de **Connaître** abordent successivement des problèmes qui sollicitent l'attention de tous les médecins.

Le numéro qui vient de paraître a pour sujet : **Masse, Elites et Médecins.**

Peut-on résister aux masses ? Faut-il s'incliner devant elles ? A ces deux questions, **Connaitre** répond catégoriquement

non. Il faut « étudier leurs lois, observer les conditions de leur développement, afin, s'il est possible, de les éduquer et de les transformer ».

C'est aux élites qu'appartient la tâche de « libérer l'individu du déterminisme de la masse ».

Les médecins praticiens, qui sont en rapports quotidiens avec la masse, ont leur place marquée dans ces élites. Mais il faut que leur culture et leur caractère les désignent pour être les meneurs d'hommes qu'ils doivent être.

Et nous sommes amenés ainsi à l'étude du problème de la sélection des étudiants en médecine qui préoccupe à la fois les étudiants et leurs maîtres.

Ce problème est intimement lié avec celui de la formation des élites. C'est cette formation qu'étudient, dans d'excellents articles, M. André Ravier, M. le doyen Cornil (de Marseille), M. le professeur Delore (de Lyon). Nulle question n'est plus grave, ni plus urgente. Elle intéresse au plus haut point l'avenir de notre profession, certes, mais aussi l'avenir de notre pays.

L.

(1) **Connaître. Cahiers de l'Humanisme médical**, n° 4, juillet 1946.

LIVRES NOUVEAUX

Droit médical et Droit social, par M G. Lepointe, professeur à la Faculté de droit et à l'Institut médico-légal de l'Université de Lille. Préface de M. le doyen Leclercq. Un volume de 130 p. Editions Domat-Minchiestien, 1946.

M. G. Lepointe a réuni en un petit volume ses leçons faites à l'Institut médicolégal de l'Université de Lille. Les deux études sur la responsabilité civile et pénale des médecins et sur le secret professionnel apporteront au médecin comme au juriste une documentation pratique et conforme aux dernières dispositions législatives en vigueur.

Les autres chapitres qui traitent de la législation du travail, de l'organisation légale de l'hygiène et de la santé publique, de l'assistance, de la retraite des vieux travailleurs, de la protection de l'enfance et de la législation des assurances sociales et de la sécurité sociale permettront au médecin de se reconnaître au milieu des lois innombrables promulguées depuis 1940 et maintes fois abrogées ou modifiées, et partant de mieux conseiller son malade.

Ecrit dans un style sobre et concis, de lecture facile et agréable, cet ouvrage doit trouver place sur la table de travail de tous ceux qui s'intéressent aux questions médico-sociales.

Simples récits d'un chirurgien, par le Dr René Suc. 1 vol., Didier, édit.

Les évasions littéraires des médecins sont chose fréquente, et bien des noms viendraient sous la plume, si on voulait les citer. Toutefois, quand ces incursions dans le domaine littéraire ont pour thème des scènes de la vie médicale, où l'auteur a joué le principal rôle, l'intérêt s'avère alors plus captivant. C'est en effet au chevet de ses opérés que le Dr Suc nous montre le cheminement de sa pensée vers l'action salvatrice, mais il nous avoue aussi ces heures d'angoisse, après comme avant l'opération, que lui procurent les scrupules de sa conscience de chirurgien. Cette introspection est attachante à suivre, car, sous le praticien, l'homme sensible se montre attentif aux réactions morales de ses opérés, aussi bien qu'anxieux de leur destin, et tout heureux enfin quand il a pu dénouer sans dommage une situation critique. La sensibilité qui émane des pages de cette douzaine de récits vécus est véritablement émouvante, où chacun d'eux constitue un petit drame psychologique, nous fait une obligation agréable de signaler cette plaquette, comme un « livre de bonne foi », écrit par un lettré délicat.

E. M.

Consultaire (La Thérapeutique en 120 consultations). 10e édition remaniée (1946), par M. Segard (de Saint-Honoré-les-Bains), 960 pages. Maloine et Cie, éditeurs, Paris. Broché, 380 fr., relié, 480 fr.

Pourquoi dix éditions successives n'ontelles pas épuisé le succès du **Consultaire**, ce classique de la thérapeutique que tant de praticiens gardent comme un bréviaire sur leur bureau et que l'on trouve dans nombre de bibliothèques à l'étranger, en particulier dans les pays de langue et de culture latines ?

C'est que ce recueil thérapeutique a été tenu périodiquement et soigneusement à jour par un praticien qui a voué sa vie à la recherche thérapeutique et aux mises au point journalistiques. Ainsi, pour garder sa ligne, le **Consultaire** subit-il régulièrement des coupes dans les chapitres empâtés par l'âge ; ainsi s'enrichit-il d'apports nouveaux qui viennent combler les formules éliminées. C'est ainsi qu'ont été tenues à la page les maladies dont la conception a le plus évolué dans ces dernières années : l'ulcère de l'estomac et du duodénum, la tuberculose pulmonaire et la primo-infection, l'angine de poitrine, les hormones sexuelles, le formulaire gynécologique surtout : ici Segard a fait appel à la collaboration éminente de Douay et à celle de René Musset. Sur le canevas des ordonnances proposées, chaque praticien adapte ses prescriptions à la mesure, en brodant selon le thème individuel qui lui est proposé.

L. G.

L'Hypertonie de décérébration chez l'homme. Contribution physio-pathologique et anatomique à propos d'un cas permanent pendant dix-sept ans, par MM. Pierre Moltaret et Ivan Bertrand, préface du professeur Guillain. Un vol. in-8° de 153 pages. Prix : 180 fr. Masson et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

Le Rêve éveillé en psychothérapie, essai sur la fonction de régulation de l'inconscient collectif, par R. Desoille. Un vol. in-8° de 386 pages. (Bibliothèque de philosophie contemporaine, fondée par Félix Alcan). Presses universitaires de France, 108, boulevard Saint-Germain, Paris.

Electrochoc et thérapeutiques nouvelles en neuro-psychiatrie, par P. Delmas-Marsalet, professeur de clinique neurologique et psychiatrique à la Faculté de médecine de Bordeaux. Un vol. in-8° de 377 pages, avec figures. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, Paris, 1946.

Dépôt légal. — 1946. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

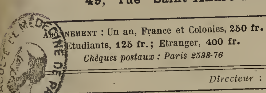
N° 18. — 15 SEPTEMBRE 1946 — 119e ANNEE — Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31



ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr.; Etranger, 400 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Bi-hebdomadaire paraissant provisoirement deux fois par mois

SOMMAIRE

A NOS LECTEURS

M. le Ministre de l'Information nous ayant accordé une attribution de papier suffisante, la Gazette des Hôpitaux *paraîtra tous les samedis à partir du mois d'octobre.*

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours. — Un concours spécial pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris s'ouvrira le 8 novembre 1946. Inscriptions du 17 au 28 octobre 1946 inclus.

Hôpital franco-musulman de Bobigny

Internat en médecine. — Un concours spécial pour quatre places d'internes en médecine s'ouvrira le 29 octobre 1946.

Pourront prendre part au concours :

1° Les candidats musulmans élèves externes en médecine d'une ville de faculté ou internes des hôpitaux d'une ville de faculté ou possédant une école de médecine ;

2° Etudiants en médecine musulmans possédant seize inscriptions de doctorat.

Inscriptions à la Préfecture de la Seine (Service des Etablissements départementaux d'assistance, 1er bureau), 2, rue Lobau, du 26 août au 29 septembre 1946 inclus.

Hôpitaux psychiatriques de la Seine

Internat en médecine. — Un concours pour le recrutement d'internes titulaires en médecine s'ouvrira, à Paris, le 21 octobre 1946.

Inscriptions à la Préfecture de la Seine (service des Etablissements départementaux d'assistance, 1er bureau), 2, rue Lobau, du 19 août au 21 septembre 1946.

Sont admis à prendre part au concours :

Les candidats français pourvus du diplôme de docteur en médecine ou d'un certificat attestant 16 inscriptions prises dans une Faculté ou Ecole de Médecine de l'Etat.

Les candidats ne devront pas avoir atteint l'âge de 30 ans révolus au 1er octobre. Cette limite d'âge est prorogée d'une durée égale aux services accomplis dans l'armée active et d'une année par enfant à charge des candidats pères de famille mariés ou veufs.

Les candidats de nationalité étrangère qui ne poursuivraient que l'obtention du titre d'interne « ad honorem » pourront prendre part aux épreuves sans limite d'âge.

HOPITAUX DE PROVINCE

Hôpitaux d'Avignon, Nice et Toulon. — Des concours régionaux, spéciaux et normaux seront ouverts à l'Inspection divisionnaire de la Santé, 66, rue Saint-Sébastien, à Marseille, en vue de l'établissement des listes d'aptitude aux fonctions de médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux d'Avignon, Nice et Toulon.

Le mardi 12 novembre 1946 (concours spécial de médecins et chirurgiens) ;

Le lundi 18 novembre 1946 (concours spécial de spécialistes) ;

Le lundi 25 novembre 1946 (concours normal de médecins et chirurgiens).

Les dossiers des candidats à ces différents concours devront être adressés, avant le 1er octobre 1946, à l'Inspection divisionnaire de Marseille.

Hôpital psychiatrique autonome d'aliénés de Château-Picon (Bordeaux). — Un concours pour trois places d'interne titulaire en médecine s'ouvrira le 9 décembre à la Faculté de Médecine de Bordeaux.

Inscriptions jusqu'au 30 novembre 1946, à 12 heures, à l'hôpital psychiatre de Château-Picon, rue de la Béchade.

Hôpital civil d'Oran (Algérie). — Poste d'internes vacants dans les services de médecine, chirurgie, neuro-psychiatrie, oto-rhino-laryngologie, maternité, ophtalmologie, réservés aux étudiants en médecine titulaires de 16 inscriptions validées.

Indemnités et avantages. — Traitement mensuel de 3.000 francs. Nourriture, logement, éclairage et chauffage gratuits. Traversée de Port-Vendres ou Marseille à Oran payée en 2e classe, sous réserve que l'interne restera au moins douze mois à l'hôpital.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le Directeur de l'Hôpital civil d'Oran.

FACULTES DE MEDECINE

Agrégation

Le J. O. du 24 août a publié l'arrêté du 19 août 1946, instituant les agrégés pour une période de neuf ans, à compter du 1er octobre 1946 :

SECTION I. **Anatomie et organogénèse.** — MM. : 1. Delmas (Paris). — 2. Lazorthes (Toulouse). — 3. Wincker (Strasbourg). — 4. Grisoli (Aix). — 5. Latarjet (Lyon). — 6 Henry (Aix). — 7. Minne (Lille).

SECTION II. Anatomie pathologique. — MM. 1. Guichard (Lyon). — 2. Laffargue (Alger).

SECTION III. Bactériologie. — « Ex æquo »: MM. Fabiani (Alger). — Fasquelle (Paris).

SECTION V. Histologie et embryologie. — MM. : 1. Coujard (Paris). — 2. Desclaux (Paris). — 3. Mayer (Toulouse). — 4. Legeait (Nancy). — 5. Picard (Aix). — 6. Tuchmann (Lille).

SECTION VI. Hygiène. — MM. : 1. Deparis (Paris). — 2. Boyer (Paris). — 3. Sohier (Lyon).

SECTION VII. Médecine légale. — MM. : 1. Christiaens (Lille). — 2. Bourret (Lyon).

SECTION VIII. Parasitologie. — MM. : 1. Brumpt (Paris). — 2. Ranque (Aix). — 3. Helluy (Nancy).

SECTION IX. Pathologie expérimentale. — M. Merklen (Paris).

SECTION X. — Pharmacologie en matière médicale. — M. Cheymol (Paris).

SECTION XI. Physiologie. — MM. 1. Bargeton (Paris). — 2. Loubatières (Montpellier). — 3. Parrot (Paris). — 4. Chardon (Alger).

SECTION XII. Chirurgie générale. — Pa-

ris : MM. : 1. Léger ; 2. Padovani ; 3. Rudler ; 4. Huguier ; 5. Roux ; 6. Merle d'Aubigné. — Aix : MM. : 1. Lena ; 2. Lamy. — Alger : MM. : 1. Vergoz ; 2. Liaras. — Bordeaux : M. Laumonier. — Lille : MM. : 1. Vandecasteele ; 2. Lainé. — Lyon : MM. 1. Bérard ; 2. Desjacques ; 3. Trillat ; 4. Labry. — Montpellier : MM. : 1. Lapeyrie ; 2. Joyeux. — Nancy : MM. : 1. André ; 2. Arnulf. — Strasbourg : M. Forster. — Toulouse : MM. 1. Grimoud ; 2. Rieunan ; 3. Dieulafé ; 4. Dambrin. — Kaboul : M. Letac.

SECTION XIV. Médecine générale. — Paris : MM. : 1. Kourilsky ; 2. Decourt ; 3. Lamy ; 4. Mauric ; 5. Dreyfus (Gilbert) ; 6. Hamburger ; 7. Fauvert. — Aix : MM. : 1. Olmer (J.) ; 2. Vague ; 3. Jouve. — Alger : MM. : 1. Lévy-Valensin ; 2. Manceaux ; 3. Raynaud. — Bordeaux : M. Traissac. — Lille : MM. : 1. Breton ; 2. Linquette. — Lyon : MM. : 1. Girard (Paul) ; 2. Vachon ; 3. Girard (Marcel) ; 4. Jeune ; 5. Brun. — Montpellier : MM. : 1. Serre ; 2. Chaptal ; 3. Balmes (Antonin). — Nancy : MM. : 1. Girard ; 2. Herbeuval ; 3. Heully ; 4. Pierquin. — Strasbourg : M. Stahl. — Toulouse : MM. : 1. Gadrat ; 2. Darnaud ; 3. Giraud ; 4. Dardenne ; 5. Laporte. — Kaboul : M. Boulenger.

SECTION XV. — Dermatologie et syphiligraphie. — Paris : M. Degos. — Bordeaux : M. Le Coulant.

SECTION XVI. Hydrologie. — Paris : M. Debray. — Lille : M. Fontan.

SECTION XVIII. Neurologie et psychiatrie. — Paris : « Ex æquo » : MM. Baruk ; de Sèze. — Montpellier : M. Lafon.

SECTION XIX. Obstétrique. — Paris : MM. : 1. Varangot ; 2. Mayer. — Lyon : M. Brochier. — Strasbourg : MM. 1. Ginglinger ; 2. Burger.

SECTION XXI. Ophtalmologie. — Paris : M. Offret. — Bordeaux : M. Bessière. — Toulouse : M. Deodali.

SECTION XXII. Oto-rhino-laryngologie et chirurgie maxillo-faciale. — Paris : M. Aubin.

SECTION XXIII. Pédiatrie. — Paris : « Ex æquo » : MM. Julien Marie ; Laplane. — Strasbourg : M. Sacrez.

Les affectations des agrégés institués dans les deux sections suivantes feront l'objet d'un arrêté ultérieur.

SECTION IV. Chimie médicale — MM. : 1. Durien ; 2. Tayeau ; 3. Schapira ; 4. Grangaud ; 5. Valdiguié ; 6. Desgrez ; 7. Raynaud.

SECTION XII. Physique médicale. — MM. : 1. Djourno ; 2. Reboul ; 3. Mlle Achard ; MM. : 4. Marques ; 5. Chechan.

Sont institués agrégés des Facultés de médecine, à titre étranger :

SECTION I. Anatomie et organogenèse. — M. Hakim.

SECTION XIV. Médecine générale. — M. Maschas.

SECTION XVI. — Hydrologie — M. Maschas.

SECTION XVIII. Neurologie et psychiatrie. — M. Ajuriaguerra.

SECTION XXI. Ophtalmologie. — M. Fahramand.

Faculté de médecine de Paris

Nomination du doyen. — Par arrêté du 22 août 1946, M. le professeur Léon Binet est nommé pour une période de trois ans, à compter du 1er octobre 1946, doyen de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, en remplacement de M. Baudouin.

Faculté de médecine de Paris

Limite d'âge. — Par arrêté en date du 27 août 1946, sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite MM. les professeurs Baudouin, à compter du 13 septembre 1946 ; Rouvière, à compter du 23 décembre 1945 ; Lemierre, à compter du 30 juillet 1946.

LEGION D'HONNEUR

Santé publique

CHEVALIER. — Dr Jean Cayla, inspecteur général au ministère de la Santé publique (J. O., 29 août 1946).

Guerre

OFFICIER. — Médecin lieutenant Marlaud.
Médecin général Morel.
Médecin lieutenant-colonel Bonnet.
Médecin capitaine Bur.
Médecin en chef marine Lasmolles.
CHEVALIER. — Médecin capitaine Biderman.
Médecin capitaine Jean Lacapère.
Médecin lieutenant Rosa Siona Hirschovitch.
Médecin commandant Gillot.
Médecin commandant Mauric.
Médecin commandant Chavenon.
Médecin commandant Appy.
Médecin lieutenant Buaziz.
Médecin lieutenant Jacob.
Médecin capitaine Martin (R.J.S.).
Médecin capitaine Jouin.
Médecin lieutenant Touillon.
Médecin commandant Luzoir.
Médecin commandant Bombiger.
Médecin capitaine Bourgeon.

(Voir fin des informations, p. 401.)

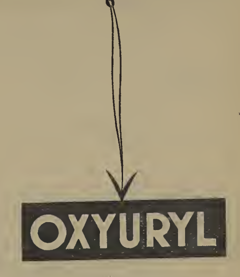
RENSEIGNEMENTS

Ville de Marseille

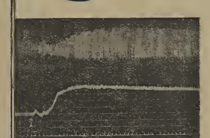
Un concours sur titres et sur épreuves sera ouvert à la mairie de Marseille, le 21 octobre 1946, pour le recrutement d'un médecin contrôleur du personnel municipal, se consacrant exclusivement à ces fonctions.

Conditions : Etre Français et âgé de 25 ans au moins et de 40 ans au plus.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la mairie de Marseille (Service de l'Administration generale).




VIOLET DE GENTIANE





NOUVELLES DONNÉES CLINIQUES SUR LE TRAITEMENT DE L'OXYUROSE PAR LA PHÉNOTHIAZINE

Mmes A. MATET, G. FLORET et M. J. LEBOUT

L'attention des médecins et vétérinaires français a été récemment attirée sur un nouvel antiparasitaire : la phénothiazine, appelée encore thiodiphénylamine ou dibenzoparathiazine. Ce corps, de formule $C^{12}H^{9}NS$, a été préparé pour la première fois par Bernthsen (1) en 1885, mais ce n'est qu'en 1934 que les Américains ont découvert ses propriétés parasiticides.

Dès 1938 elle est employée comme anthelminthique en médecine vétérinaire par Harwood, Swanson et Jerstad (2) et à partir de 1942, en France, par Guilhon et Lagneau (3), Velu et Train (4), et Jacquet et Quarante (5). On trouvera une bibliographie très détaillée de la question dans la thèse récente de Kissel (6).

Le succès qu'elle remporta dans ce domaine par son efficacité et sa polyvalence encouragea les médecins à l'essayer contre les parasitoses humaines [Elliott (7)] et Manson-Bahr (8) publia en 1940 les premiers résultats obtenus dans l'oxyurose. De nombreux travaux anglo-saxons ont paru depuis sur ce sujet et une mise au point en a été publiée par J. Etevé dans la *Presse Médicale* en 1945 (9).

En France, Guilhon (10) et Foncin (11) ont montré les premiers la valeur thérapeutique de la phénothiazine chez l'homme ; ils ont souligné les services qu'elle peut rendre dans le traitement de l'oxyurose devenue plus fréquente depuis la guerre. Pour notre part, l'étude que nous poursuivons sur ce sujet depuis 1943 a confirmé la notion de son efficacité et de son innocuité tant chez les adultes que chez les enfants. Il apparaît en effet pour ces derniers que les bénéfices de cette thérapeutique convenablement dirigée, peuvent leur être étendus sans danger, et sans avoir à redouter une sensibilité particulière.

Nous avons d'abord cherché à apprécier expérimentalement l'activité de la phénothiazine. Deschiens (12), auquel on doit de nombreux travaux sur l'étude de la valeur thérapeutique des antihelmintiques, propose, en dehors de deux tests *in vitro* qui nous éloignent trop de l'oxyurose, l'essai sur l'infection à « Aspicularis tetraptera » de la souris.

Une expérimentation de plus d'un an sur cette parasitose nous a conduits à délaisser ce test. Cette oxyurose murine s'est, en effet, révélée trop capricieuse et trop sujette à des rémissions spontanées chez l'animal en bon état pour se prêter à une étude tant soit peu précise.

Il semble d'ailleurs découler des travaux mêmes de Deschiens que ce test ne soit pas très fidèle. Il souligne à plusieurs reprises la discordance des résultats obtenus sur l'oxyurose de l'homme et sur celle de la souris ; certains traitements solidement réputés comme inactifs chez l'homme, lavement intestinal au chlorure de sodium par exemple, sont actifs chez la souris [Deschiens (13)], tandis que des produits manifestement actifs chez l'homme, phénothiazine, déhydrocholate de soude, ne le seraient que très peu chez la souris [Deschiens (14), (15)].

En l'absence d'un autre test expérimental suffisamment précis et suffisamment fidèle pour pouvoir en transposer les résultats à l'oxyurose de l'homme, force nous est de conclure, qu'en définitive, l'appréciation correcte des possibilités thérapeutiques de la phénothiazine relève de la seule clinique.

Les auteurs anglo-saxons qui ont étudié jusqu'ici l'action de la phénothiazine contre l'oxyurose humaine sont unanimes, Bercovitz (16) excepté, à signaler la remarquable efficacité de ce médicament [Manson-Bahr (8), Miller et Allen (17), Most (18), Sisk (19), Kuitunen-Ekbaum (20), etc...] mais leurs résultats sont assez contradictoires en ce qui concerne les intolérances observées.

Un examen attentif de ces travaux montre qu'avec les doses totales élevées, préconisées par Manson-Bahr (40 gr. environ chez l'adulte, 14 à 30 gr. chez l'enfant suivant l'âge, à prendre en sept jours) les accidents sont en effet assez fréquents, surtout chez l'enfant, pour légitimer les réserves de prudence que font notamment Bercovitz (16) et Miller et Allen (17). Avec les doses plus réduites préconisées par Most [18] (12 à 15 gr. chez l'adulte) puis par Sisk (19), le médicament est au contraire beaucoup mieux toléré ; ce dernier auteur, après avoir noté les intolérances provoquées par l'emploi de doses plus élevées, obtient avec cette posologie 80 % de guérisons et 0 % d'intolérance sur un total de 66 malades traités, dont 62 enfants.

Il semble donc en définitive que les divergences qui ont été relevées soient dues, peut-être à l'emploi de phénothiazine plus ou moins pure, mais surtout à ce que certains auteurs n'ont pas tenu compte de la dose maxima tolérée que F. de Eds (21) fixait déjà, en 1939, à 15 ou 20 gr. à prendre en 7 à 8 jours chez l'adulte.

En France, Guilhon (10) propose une posologie encore plus faible : cinq centigrammes par kilo, trois jours de suite à jeun, ce qui fait environ 9 à 10 gr. comme dose totale chez l'adulte. Cette posologie permet cependant la guérison des malades dans plus de 80 % des cas.

Foncin (11), dont le travail a été fait en 1943, époque où on ne connaissait pas encore en France les travaux anglo-saxons postérieurs à 1940, a utilisé avec 100 % de succès une posologie beaucoup plus large (jusqu'à 40 gr. chez l'adulte). Bien que les cas d'intolérance constatés lui aient paru peu graves, il conclut à la nécessité d'une expérimentation plus étendue pour déterminer la posologie la plus efficace et la mieux supportée.

Deschiens après avoir considéré ce produit comme présentant moins d'intérêt que les dérivés du triphénylméthane (23) reconnaît dans une communication plus récente (22), (24) la grande activité de la phénothiazine (80 % de guérisons), mais fait état des travaux anglo-saxons pour émettre des réserves sérieuses sur la toxicité du produit chez l'enfant.

Ces réserves ne nous paraissent que très relativement justifiées comme nous allons le voir dans la suite de ce travail, et voici résumées nos principales observations :

I. — *Une première série* se rapporte à une vingtaine de cas ; il s'agissait pour la plupart d'enfants plutôt sous-alimentés. Ces cas ont été traités isolément dans le courant de 1943 en employant la posologie préconisée par Manson-Bahr.

— 1 gr. par jour pendant 7 jours pour les enfants jusqu'à 4 ans.
— 2 gr. » » » de 4 à 8 ans.
— 4 gr. » » » de 8 à 12 ans.
— 6 gr. » » pour les adultes.

Les résultats, au point de vue vermicide et vermifuge furent remarquables : disparition rapide du prurit, disparition des oxyures, examen parasitologique des selles négatif dans tous les cas. Nous avons cependant observé 3 récidives, six à huit semaines après le traitement. Mais le médicament fut, souvent, mal toléré : fatigue considérable vers le troisième-quatrième jour, asthénie et surtout pâleur, palpitations, essoufflement, anémie, accidents rappelant exactement ceux qui ont déjà été signalés par les auteurs anglo-saxons (*).

Les numérations globulaires ont effectivement montré une anémie assez sensible, jusqu'à 3.000.000 de globules rouges dans deux cas, sans modification de la formule blanche. Cependant certains sujets ont bien supporté le traitement, témoins ces deux enfants « farcis » d'oxyures et que nous avons retrouvés au bout d'un an complètement débarrassés de leurs vers par le traitement, parfaitement supporté. Les sensibilités individuelles nous ont donc paru très variables, mais peut-être faut-il aussi incriminer une purification insuffisante du produit utilisé qui contenait encore plusieurs impuretés dont 1 à 2 % de diphénylamine qu'une recristallisation dans l'alcool n'avait pas permis d'éliminer.

Par la suite, nous avons utilisé une phénothiazine du commerce (**) qui s'est révélée sensiblement plus pure (teneur en diphénylamine inférieure à 0,2 %).

II. — *Dans une deuxième série*, nous avons recherché si une posologie totale, 4 à 6 fois plus faible, pouvait conduire à un pourcentage de guérisons comparable. Ces observations furent relevées en avril-mai 1944, dans un Centre préventorial infantile du Bourbonnais où sévissait une infection massive par oxyures ayant résisté aux divers traitements classiques appliqués à plusieurs reprises, soit à des cas isolés, soit à des groupes entiers.

Nous avons traité la totalité des personnes présentes (106 enfants de 3 à 14 ans, et 8 adultes) en deux cures de deux et de un jour séparées par un repos de 21 jours. Dans les deux cas, la dose journalière fut de 0,05 par kilogr., soit environ :

1 gr. par jour jusqu'à 25 kgr. (2 à 4 ans).
1,5 gr. » de 25 à 30 kgr. (4 à 12 ans).
2 gr. » de 35 à 45 kgr. (12 à 14 ans).
3 gr. » pour les adultes.

La première administration (le matin, à jeun, dans un peu de confiture) fut, dans la grande majorité des cas, très bien tolérée. Cependant :

Un garçon de 13 ans de bonne santé présenta, les 3e et 4e jours du traitement, quelques légers phénomènes d'intolérance consistant en élévation de la température à 38°, céphalée, vomis-

(*) Notons ici que l'un de nous (25) qui a étudié la toxicité expérimentale de la phénothiazine sur le rat n'a pu reproduire qu'une anémie très fugace guérissant spontanément même si l'on continue l'administration de phénothiazine à la dose de 0,6 gr. par kilo et par jour pendant 42 jours.

(**) Equilibre Biologique, Commentry.

sements, fatigue générale. Tout rentra dans l'ordre au bout de deux jours.

Trois filles de 9, 11 et 13 ans, dont deux d'état général médiocre, se plaignirent de maux de tête le 3e jour également.

On observa immédiatement après le traitement une disparition complète du prurit anal chez tous les enfants qui en présentaient et on constata aussi une grosse amélioration de l'état général de plusieurs enfants qui accusaient antérieurement des maux de tête fréquents et des accès de fièvre inexpliqués. Notons que deux de ceux-ci avaient déjà été traités en février 1944 avec le même produit, mais à une dose supérieure (0,1 gr. par kgr. et par jour, pendant 5 jours), avec un plein succès. Ces enfants, pâles, toujours à l'infirmerie, avaient été remarquablement améliorés (reprise des couleurs, du poids), mais les oxyures réapparurent dans leurs selles deux mois plus tard.

Le contrôle de l'efficacité du médicament eut lieu onze jours après la fin du traitement par examen microscopique immédiat d'un frottis rectal.

32 enfants, choisis parmi les plus susceptibles d'avoir des vers (soit que l'on en ait vu dans leurs selles, soit que leur état général l'ait fait supposer), furent examinés.

Chez 18 de ceux-ci (56 %), l'examen fut entièrement négatif et ces enfants furent présumés guéris.

Chez les 14 autres, par contre, l'examen montra la présence d'œufs plus ou moins évolués, généralement en très petit nombre (1,2 ou 3 par préparation). L'action de la phénothiazine ne fut donc pas complète, bien que l'on n'observât plus d'oxyures dans les selles de ces enfants pendant les trois semaines qui suivirent le traitement.

La deuxième cure fut parfaitement tolérée par tous les enfants, et le contrôle microscopique en fut effectué sept jours plus tard.

Parmi les 14 enfants ayant eu des œufs à l'examen précédent :

— 2 étant sortis du Centre ne purent être examinés.
— 8 n'avaient plus d'œufs d'oxyures à l'examen.
— 4 en avaient encore (1 seul en grand nombre).

D'autre part, parmi 11 autres enfants examinés :

— 3 dont le prélèvement était négatif après la première cure eurent des œufs.
— 8 restèrent négatifs.

Nous aboutissions donc à la proportion suivante : 30 % des enfants avaient encore des œufs à l'examen, 70 % étaient guéris.

Notons que chez trois enfants, l'examen révéla la présence d'œufs de trichocéphale intacts.

III. — *Une troisième* série se rapporte à 31 malades recrutés dans une consultation d'hôpital et qui ont été traités par la phénothiazine avec une posologie intermédiaire. Sur ces 31 malades, 20 ont pu être suivis et nous résumons ainsi nos observations :

Il s'agissait de sujets se trouvant, à l'inverse des précédents, dans un état général relativement bon ; en particulier, aucun ne présentait d'anémie, ni d'albuminurie, mais ils étaient tous atteints d'oxyurose depuis longtemps (plusieurs années parfois) et certains avaient essayé, sans succès, différents traitements (violet de gentiane notamment).

Les doses totales employées ont varié de 3 gr. par jour pendant 3 jours, à 4 gr. par jour pendant 4 jours pour les 9 adultes âgés de 17 à 50 ans, de 1 à 2 gr. par jour pendant 3 jours pour les 11 enfants âgés de 2 ans 1/2 à 11 ans.

Tous les malades ont bien supporté le médicament, son action sur les parasites a été indiscutable dans 10 cas que l'on peut considérer comme guéris, puisque les examens des selles, faits 7 à 10 et 20 à 30 jours après le traitement, par le procédé de grattage, ont été négatifs. Sur les 10 autres malades, 3 avaient encore des œufs 8 jours après le premier traitement, 3 étaient douteux et 4 qui n'en avaient plus revinrent au bout de 2 mois pour récidive.

Le produit a eu constamment un effet calmant sur le prurit, et ceci même sur des sujets qui continuaient à présenter des oxyures dans les selles.

Des examens hématologiques systématiques avant et après le traitement ont montré l'inocuité du médicament à cette dose sur le sang, et ceci aussi bien chez les enfants que chez les adultes. En voici quelques exemples :

Observation n° 6. — Mme Sot., 40 ans, souffre d'oxyurose depuis plusieurs années, elle élimine des vers dans ses selles par périodes irrégulières et n'a jamais été traitée. Son état physiologique est normal, sauf quelques symptômes de dénutrition.

Nous lui avons prescrit, le 1er juillet 1944, 9 gr. de phénothiazine à prendre en 3 jours. Le prurit a immédiatement disparu, et tandis que l'examen des selles pratiqué deux jours avant le traitement était positif, ceux des 10e et 30e jours après le traitement ont été négatifs.

L'examen hématologique pratiqué 12 jours avant le traitement et 10 jours après, a donné les résultats suivants :

	12 j. avant trait.	10 j. après trait.
Globules rouges	3.800.000	4.900.000
» blancs	5.000	3.960
Hémoglobine	»	95 %
Poly-neutro.	75	77,5
» éosino.	7	6
» baso.	»	0,5
Lymphocytes	10	6
Gds lympho.	8	4
Monocytes	»	5,5
Stabkernig	»	0,5

La malade, revue le 30 septembre 1944, soit trois mois après le traitement, confirme sa guérison.

Observation n° 9. — Pasc., fillette de 4 ans, souffre d'oxyurose depuis deux ans.

Cette enfant, d'un tempérament nerveux et sujette à de fréquentes crises d'urticaire, a subi sans résultat un traitement de 3 jours au violet de gentiane (juin 1944).

Elle a été traitée le 10 juillet 1944 par 3 gr. de phénothiazine pris en 3 jours. Le prurit a presque disparu immédiatement et l'examen parasitologique des selles a été négatif le 20 juillet, alors qu'il était positif le 19 juin.

Les examens de sang faits 21 jours avant le traitement et 10 jours après le traitement ont donné les résultats suivants :

	21 j. av. trait.	10 j. apr. trait.
Globules rouges	4.200.000	4.240.000
» blancs	4.000	5.700
Hémoglobine	»	90 %
Poly-neutr.	30	40
» éosino.	22	4
» baso.	0	1
Lymphocytes	42	42
Gds lympho.	1	2
Monocytes	5	11

Guérison confirmée trois mois après le traitement.

Observation n° 14. — Pir., garçon de 9 ans, est atteint d'oxyurose massive (nombreux vers dans les selles) ; il est traité le 24 juillet 1944 par 6 gr. de phénothiazine pris en trois jours. Aucun incident.

Il est revu le 3 août 1944 et l'examen des selles ne montre pas d'œufs de parasites.

L'examen hématologique pratiqué immédiatement avant le traitement et dix jours après a donné les résultats suivants :

	Avant traitement	11 j. apr. trait.
Globules rouges	4.085.000	3.860.000
Hémoglobine	80 %	90 %
Globules blancs	6.400	7.900

Formule leucocytaire normale dans les deux cas.

Guérison confirmée 2 mois 1/2 après traitement.

Observation n° 18. — Sta., garçonnet de 11 ans 1/2, souffre d'oxyurose depuis quelques mois. Il a été traité le 31 juillet 1944 par 6 gr. de phénothiazine pris en 3 jours. L'examen hématologique pratiqué avant le traitement et 12 jours après a donné les résultats suivants :

	Avant traitement	12 j. apr. trait.
Globules rouges	4.200.000	4.070.000
Hémoglobine	90 %	90 %
Globules blancs	6.700	4.400

Formule leucocytaire normale dans les deux cas.

Guérison confirmée un mois et demi après traitement.

***

Parvenus à ce point de notre travail, nous pouvons confirmer tout l'intérêt que présente la phénothiazine dans la lutte contre les oxyures, affirmer qu'elle n'est pas plus dangereuse chez l'enfant qu'elle ne l'est chez l'adulte, et proposer les modalités suivantes pour l'administration du produit :

1° Limiter la dose totale à 0,20 gr. par kilogr., à prendre en 3 jours, soit environ :

12 gr. (3 fois 4 gr.) chez l'adulte ;
9 gr. (3 fois 3 gr.) chez les adolescents ;
6 gr. (3 fois 2 gr.) chez l'enfant de 8 à 12 ans ;
4,5 gr. (3 fois 1,5 gr.) chez l'enfant de 4 à 8 ans ; et
3 gr. (3 fois 1 gr.) chez l'enfant de 2 à 4 ans ;

2° Compléter ce traitement par une deuxième cure identique ou légèrement plus faible, après 15 jours de repos ;

3° Prendre toutes les précautions pour mettre le sujet à l'abri des réinfestations (autoréinfestations, réinfestations familiales, précautions d'ordre alimentaire).

C'est cette posologie que nous suivons depuis plus d'un an, à notre entière satisfaction et à la satisfaction du grand nombre de malades auquel nous l'avons ordonnée ou fait recommander.

Nous ne voulons pas alourdir ce travail par l'exposé d'autres observations ; notre expérience nous permet de dire que cette thérapeutique donne, dans les cas sérieux, généralement reconnus comme rebelles aux autres traitements, 75 à 80 % de guérisons et 10 à 15 % d'échecs caractérisés. Les 10 % restant étant constitués par le nombre des malades qui, voyant le prurit disparaître pendant quelques semaines, voire quelques mois, se considèrent comme cliniquement guéris, mais chez lesquels une réapparition des oxyures ne permet pas de dire s'il s'agit d'une nouvelle poussée ou d'une réinfestation. Disons ici qu'un nouveau traitement à la phénothiazine est tout aussi efficace que le premier et que nous n'avons pas constaté d'accoutumance.

En résumé, l'expérience clinique que nous avons acquise sur l'emploi de la phénothiazine dans l'oxyurose humaine, nous permet de confirmer entièrement les conclusions de Guilhon (l. c.) quant à sa parfaite innocuité aux doses préconisées (0,05 gr. par kilogr. trois jours de suite) et à son efficacité remarquable chez l'adulte, même dans des cas rebelles aux autres médications antioxyuriques. Les observations que nous avons rapportées démontrent la même efficacité et la même innocuité chez les enfants de tous âges.

Nous ne partageons pas les réserves émises par quelques auteurs étrangers et reprises par Deschiens (12). Bien qu'il soit toujours difficile d'interpréter les résultats cliniques obtenus par d'autres auteurs, étant donné le peu de détails fournis, nous pensons cependant que ces réserves peuvent résulter, soit de l'emploi d'une phénothiazine insuffisamment purifiée, dont nous avons montré les effets dans la premièree série d'observations de ce travail, soit de l'idiosyncrasie particulière du malade traité (*), soit de l'utilisation de doses trop élevées.

(*) C'est probablement à cette catégorie que se rattache le cas de mort cité par *Humphreys* (26) et qui, unique dans la littérature, se retrouve dans toutes les discussions sur la toxicité de la phénothiazine. Signalons qu'il s'agit d'une fillette de 7 ans qui a reçu 8,5 gr. de phénothiazine peut-être pas très pure et que, malgré les signes alarmants présentés, la cure antihelmintique n'a pas été arrêtée.

CONCLUSIONS :

La phénothiazine est remarquablement active dans l'oxyurose de l'adulte et de l'enfant. En appliquant la posologie et les précautions décrites, nous avons obtenu 75 à 80 % de guérisons et 10 à 15 % d'échecs seulement. Un tel résultat paraissait impossible à obtenir il y a seulement quelques années. La toxicité de ce médicament aux doses préconisées est pratiquement nulle chez l'enfant et chez l'adulte.

BIBLIOGRAPHIE

(1) A. BERNTHSEN. *Liebigs Ann.* 1885, *230*, 73-211.
(2) P. D. HARWOOD, A. C. JERSTAD et L. W. SWANSON. *J. Parasitol.* 1938, *24*, Suppl., 16-17.
(3) J. GUILHON et F. LAGNEAU. *Bull. Acad. Vét.* 1942, *15*, 318-323.
(4) H. VELU et G. L. TRAIN. *Bull. Acad. Vét.* 1943, *16*, 161.
(5) J. JACQUET et M. QUARANTE. *Bull. Acad. Vét.* 1943, *16*, 344-348.
(6) J. KISSEL. Thèse Vétérinaire, Lyon 1945. Annequin, éditeurs.
(7) M. ELLIOTT. *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1942, *35*, 291-301 ; *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1943, *37*, 163-64 ; *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hyg.* 1943, *37*, 167-168 ; *J. Roy. Army Med. Corps* 1943, *80*, 156-59.
(8) P. H. MANSON-BAHR. Lancet 1940, *11*, 808-9.
(9) J. ETEVE. *Presse Médicale* 1945, n° 35, 467.
(10) J. GUILHON. *Bull. Soc. Path. Exot.* 1945, *38*, 279-86.
(11) R. FONCIN. *Revue de Path. Comp.* 1946, *46*, 280-83. — *Presse Médicale* 1946, n° 8, 123.
(12) R. DECCHIENS. *C. B. Soc. Biol.*, 1944, *138*, 201-2.
(13) R. DESCHIENS. *C. R.* 1945, *139*, 122-24.
(14) R. DESCHIENS et L. LAMY. *Bull. Soc. Path. Exot.* 1945, *38*, 288-99.
(15) R. DESCHIENS et J. COTTET. *Bull. Soc. Path. Exot.* 1945, *38*, 341-344.
(16) Z. BERCOVITZ, R. C. PAGE et E. J. DE BEER. *J. Am. Med. Ass.* 1943, *122*, 1006-7.
(17) M. MILLER et M. ALLEN. *Canad. Med. Assoc. J.* 1942, *46*, 111-15.
(18) H. MOST. *Am. J. Trop. Med.* 1943, *23*, 459-64.
(19) W. N. SISK. *J. Am. Med. Ass.* 1943, *122*, 357-60.
(20) E. KUITUNEN-EKBAUM. *Canad. Pub. Health J.* 1941, *32*, 308-13.
(21) F. DE EDS, A. B. STOCKTON et J. D. THOMAS. *J. Pharm. and Exp. Thérap.* 1939, *65*, 353.
(22) R. DESCHIENS. *Bull. Soc. Path. Exot.* 1945, *38*, 286-288. Discussion de la communication de Guilhon (10).
(23) R. DESCHIENS. *Progrès Médical* 1945, n° 11-12, 181-86.
(24) R. DESCHIENS. *Presse Médicale* 1946, n° 4, 53-54.
(25) A. MATET et J. MATET. Travail inédit.
(26) D. R. HUMPHREYS. *Lancet* 1942, *11*, 39-40.

ACTUALITÉS

" DES TROMBOSES ARTÉRIELLES " AU "TRAVAIL DE RECHERCHE EN CHIRURGIE" (1)

A propos d'un livre récent :

Le professeur Leriche vient de publier le cours qu'en 1944 il fit au Collège de France sur la Pathologie des Thromboses artérielles. Cet ouvrage fait suite à ceux déjà parus sur la « Physiologie pathologique de la Chirurgie des artères » et les « Maladies de la vasomotricité ». Il est illusoire de penser à donner en quelques lignes les idées et les faits qui meublent ce gros ouvrage dont voici les grands chapitres : Thromboses traumatiques : contusions et ruptures des artères — Syndrome de Volkmann ; Thromboses spontanées : artérites oblitérantes, thromboses des anévrysmes. De quelques localisations de la thrombose artérielle en dehors des membres.

Mais il convient de souligner tout particulièrement le passage du chapitre d'introduction intitulé du « Travail de recherche en chirurgie et de ses conditions ».

Le professeur y pose, une fois encore, le grave problème du « destin de la chirurgie française ». Durant les cinquante dernières années, la Chirurgie française a brillé d'un vif éclat dans le monde scientifique grâce à la sûreté des connaissances cliniques et à l'habileté opératoire de ses maîtres. Mais depuis une vingtaine d'années la chirurgie a évolué... « A côté de sa quotidienne besogne samaritaine, la chirurgie d'aujourd'hui aspire partout à la connaissance pour la connaissance. Elle souhaite des idées neuves qui aient valeur de fécondité pour enrichir ses moyens de traitement ».

Or trop souvent les exigences de l'acte manuel voilent au chirurgien les problèmes d'idées, problèmes qui ne sont pas uniquement le fait de l'observation clinique même la plus acérée ; ces problèmes d'idées naissent d'une méditation soutenue « fertilisée par un travail qui ressortit à la recherche pure et désintéressée ».

La recherche physiologique et plus encore la chirurgie expérimentale fournissent à l'esprit ces matériaux à partir desquels il peut, dans une certaine mesure, vérifier la valeur d'une hypothèse. « L'expérimentation animale n'est qu'un moyen à la diligence de l'esprit d'analyse ». Elle a surtout l'intérêt d'obliger notre esprit à adopter vis-à-vis de la maladie une position assez différente de celle qu'il a coutume d'avoir dans l'observation clinique journalière.

C'est donc à une réforme profonde de l'enseignement médical et surtout chirurgical que nous invite le professeur Leriche ; mais la création d'une « Ecole de chirurgie » dont il indique les principes directeurs, ne constituera qu'un des aspects de la réforme qu'il convient d'introduire ; ce code de l'enseignement c'est également l'organisation hospitalière (mode de recrutement de son personnel médical, spécialisation des services, etc...) qu'il faut réviser complètement.

Lorsqu'on étudie ce qui s'est fait (et bien avant 1939) dans des pays même limitrophes de la France, on peut, avec quelque regret, estimer que sous ce point de vue, la Chirurgie française n'a pas suivi le rythme que lui imposait sa bouleversante réussite.

Pierre LANCE.

(1) Professeur LERICHE. *Thromboses artérielles.* Physiologie pathologique et traitement chirurgical. Masson, 1946, 537 p., 59 fig.

AUTOUR DU " NATIONAL HEALTH SERVICE BILL " (1)

La seconde lecture du Bill Bevan devant le Parlement britannique ne calme pas les remous engendrés par lui dans l'opinion médicale d'outre-Manche et d'ailleurs. *La Presse Médicale* du 27 juillet 1946 fait état, en effet, d'une mise au point de certaines idées américaines sur la condition médicale en Angleterre ; c'est un signe de l'intérêt avec lequel certains médecins des Etats-Unis suivent la question.

Sans sortir du Royaume-Uni, le *British Medical Journal* du 20 juillet résume très brièvement, mais substantiellement, la discussion en commission avec le ministre intéressé, de certains détails du projet et fixe, autant que possible, les changements décidés et aussi les « promesses » et les « intentions » de M. Bevan. On y sent, de temps à autre, le ferme propos d'enfermer le médecin dans la médecine, une méfiance de son dévouement professionnel (service médical du dimanche) et le désir de la prépondérance administrative. Ce « climat » mis à part, la lecture de ce résumé permet difficilement un avis sur l'ensemble du projet et l'opinion médicale in fine ; on n'a pas en regard le texte précis dont on modifie ou interprète des détails. On peut cependant noter que 54 modifications diverses, notables ou non, sont décidées. Par contre la diplomatie ministérielle manifeste 64 fois des « intentions », sans doute trop imprécises jusque-là et dont il n'est peut être pas hasardeux de penser que certaines iront paver l'enfer ; il s'y ajoute 45 « promesses »... la politique est parfois un jeu. Qu'en adviendra-t-il ?

Le tout sur les points les plus divers ; changements ou attribution de postes, recrutement des médecins et des spécialistes, situation des assistants, échelle de traitements, hôpitaux, équipement, legs, fondations, dévolution, questions disciplinaires. Dans bien des domaines même importants, on ne pourra établir de projet précis qu'à pied d'œuvre — ou au pied du mur — ce qui est plus dangereux. Les 66 £ de mise en œuvre du projet sont une estimation provisoire et, sans doute, minima. Quant au démarrage du « chariot d'Hippocrate », ce n'est toujours que vers avril 1948 qu'on l'envisage. Que personne ne fasse donc état de la perfection d'un engin qui n'a pas encore fonctionné.

A cette liste de retouches il est intéressant de comparer la liste des résolutions annexes au Congrès de 1946 de la *British Medical Association* (même numéro du *British Medical Journal*). Leur variété et leur décousu inévitables diffèrent des comptes rendus des divers meetings locaux de l'Association en ces derniers mois et comportent quelque attention. La méditation des isolés et les conversations occasionnelles par petits groupes engendrent souvent des incertitudes, au moins provisoires, qui se reflètent ici. Les promotions médicales successives, la réussite pour chacun de sa carrière ainsi que les circonstances particulières et les situations peuvent, dans certains éléments du projet, trouver quelque séduction.

On n'en voit pas moins, sous les détails disparates, certains traits invariables et importants affirmés à chaque occasion :

Le caractère fallacieux de la gratuité des soins (Belfast) ; position de la question préalable sur l'ensemble du projet (East Yorkshire, Greenwich and Deptford, Leicester, Rutland) ; volonté d'indépendance et sentiment de fierté médicales (Ile de Wight. Brighton, Leicester, Rutland, Greenwich, Deptford) ; nécessité et avantages du médecin de famille (Wight) ; liberté de prescrire (Wight) ; libre choix du médecin (Greenwich, Worcester, Bromsgrove), indépendance des hôpitaux (Belfast) ; proportionnalité des honoraires (Wight), etc.

D'autres motions comportent toutefois une sorte d'acceptation implicite de l'économie générale du projet : discussion de tarifs, d'organisations hospitalières ; conceptions diverses sur les rapports du plan local et du plan régional.

Si certaines dispositions représentent un intérêt professionnel général certain (cours d'informations pour les praticiens, organisation des études médicales, questions de rationnement) et n'impliquent pas un ralliement, même au principe général du projet Bevan, il n'en demeure pas moins qu'on ne discute pas les détails d'un projet dont on est unanime à rejeter l'ensemble.

R. L.

---

(1) Cf. *Gaz. Hôp.* n° 8, 15 avril 1946, p. 170 ; n° 1, 1er juin 1946, p. 244.

LES CONDITIONS D'UTILISATION DE LA PENICILLINE

Le ministère de la Santé Publique communique :

Une augmentation considérable des importations auxquelles s'ajoutera prochainement l'apport de la production française a permis d'apporter des assouplissements notables aux conditions d'utilisation de la pénicilline. Il semble utile de résumer les dispositions nouvelles qui paraissent être encore ignorées d'un certan nombre de médecins et de directeurs de maisons de santé :

1° Tout malade hospitalisé dans un établissement public ou dans une clinique peut être traité par la pénicilline. Chaque maison de santé comportant pour son usage intérieur une pharmacie légalement exploitée (1) et disposant de moyens de conserver le produit dans les conditions de température requises (frigidaires ou glacières), peut être autorisée à s'approvisionner directement en pénicilline chez un fournisseur de son choix. Les autres établissements ont la possibilité de désigner un pharmacien remplissant les conditions voulues pour détenir le produit qu'il leur délivrera au fur et à mesure de leurs besoins. Tout pharmacien fournisseur de cliniques ou d'hôpitaux peut recevoir un stock de pénicilline pour l'usage exclusif de ces établissements s'il dispose des moyens de conservation satisfaisants.

Les modalités selon lesquelles la pénicilline peut être délivrée aux maisons de Santé et utilisée par elles sont fixées par la circulaire n° 117 du ministère de la Santé Publique qui a été diffusée auprès de l'Ordre National des Médecins, des pharmaciens dépositaires et des maisons de santé utilisatrices. Des sanctions sont prévues contre les directeurs de ces établissements, des pharmaciens ou des médecins qui n'auraient pas respecté les dispositions qu'elle renferme.

Les demandes tendant à obtenir la fourniture de pénicilline à des hôpitaux ou à des cliniques doivent être adressées au service central de la Pharmacie, 45, rue Cardinet.

2° Tout en posant en principe que les traitements par la pénicilline ne peuvent être pratiqués que dans des établissements hospitaliers, la circulaire précitée prévoit que des dérogations peuvent être accordées à titre exceptionnel au profit des malades rigoureusement intransportables. Pour ceux-ci, les pharmaciens des hôpitaux publics agréés comme centres de traitement peuvent délivrer de la pénicilline sur le vu d'un certificat d'un directeur responsable du centre, accompagné d'une autorisation du directeur départemental de la Santé. Le certificat du médecin attestera que le malade est intransportable et que l'emploi de la pénicilline est indispensable (2).

---

(1) C'est-à-dire gérée par un pharmacien inscrit à la section D de l'ordre des pharmaciens, titulaire d'une autorisation préfectorale de gérance effectuant un travail effectif.

(2) A Paris, la pénicilline est délivrée par la pharmacie centrale des hôpitaux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

18 juin. — M. Fortin. — Le problème de la mastoïdite au cours de la sulfamidothérapie des otites aiguës.

M. Pommier de Santi. — Ostéomyélite cranienne d'origine sinusienne par la pénicilline.

M. Barrier. — Arthrotyphus de la hanche à « Paratyphique C ».

M. Dufour. — Cavernes résiduelles sous pneumothorax par la faradisation pulmonaire.

M. Ly-Van-Ky. — Cas extraordinaire de vastes cancers cutanés avec anémie hypochrome intense.

Mlle Proux. — Complications oculaires de la leptospirose grippo-thyphosique.

M. Boutin. — Tuberculose pulmonaire tertiaire de l'adolescent.

M. Michel. — De la thermométrie cutanée.

Mlle Novazelski. — Considérations sur les traitements des stomatites ulcéreuses.

M. Rosencher. — La pathologie du déporté.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 juillet 1946

Maladie de Cushing et transformation hyaline des cellules basophiles de l'hypophyse. — MM. Bénard, Rambert, Blum et Mlle Tissier. — Observation d'une maladie de Cushing suivie pendant huit ans et présentant une pigmentation généralisée. Les auteurs estiment que, dans l'état actuel, la maladie en question ne doit pas être attribuée à une lésion hypophysaire. Adénome basophile ou transformation des cellules basophiles.

Bronchectasie et ethmoïdo-antrite. Deux cas nouveaux de syndrome de Kartagener. — MM. Jacob, Langle et Mme Langlé. — Les auteurs rapportent deux nouvelles observations où coexistent : inversion viscérale totale, bronchectasie et ethmoïdo-antrite. Ils rapportent un cas très intéressant de bronchectasie sans autre malformation.

Epilepsie par hypoglycémie paroxystique spontanée et l'effort. — MM. Riser, Arlet et Dardenne. — Présentation d'un homme de 40 ans, vigoureux, qui subit des accidents hypoglycémiques spontanés mineurs dans la deuxième partie de la nuit et de l'après-midi. Il s'agit d'un comitial qui a eu des convulsions de l'enfance et qui subit des équivalents jugulés par le gardénal.

Narcolepsie et hypoglycémie permanente. Rôle du sucrage, des extraits hypophysaires et de l'électro-choc. — MM. Riser et Dardenne. — Observation d'un syndrome infundibulo-diencéphalique chez une fille de 18 ans caractérisé par des troubles de la menstruation, de la soif, des crises de narcolepsie typique avec hyperglycémie permanente. Une cure de 18 gr. d'extrait hypophysaire frais fit disparaître tous les symptômes pendant quatre mois, sauf la glycémie qui demeura à 0 gr. 40. Amélioration de tous les symptômes pendant six mois.

Nouveau cas d'intoxication grave par tétrachlorure de carbone. — MM. André et Feillard (Brest). — Les auteurs ont observé en quelques mois 7 cas d'intoxication grave par le tétrachlorure de carbone servant à d'autres causes que l'extinction d'incendie (nettoyage de vêtements, lutte contre les cancrelas). Tous les sujets ont présenté une hépato-néphrite avec symptômes rénaux. A signaler que l'hémorragie sous-conjonctivale est un signe fréquent.

Surrénalectomie pour état angineux subintrant chez un hypertendu artériel — MM. Riser, Becq, Dardenne, Lasorthe. — Cas d'un homme, qui présente depuis l'âge de 19 ans, une hypertension artérielle durable sans atteinte rénale apparente. Une surrénalectomie unilatérale totale a été de suite efficace, supprimant les crises.

La faillite des traitements non chirurgicaux des abcès du poumon. — MM. Even, Lecoeur et Sors. — Les auteurs se basant sur 89 observations publiées à la Société Médicale et sur 44 observations personnelles concluent : 1° Le traitement non chirurgical de l'abcès du poumon est la règle, le traitement chirurgical l'exception ; 2° A l'exception des abcès amibiens, rien ne justifie cette ligne de conduite ; 3° L'amélioration signifie : chute de la fièvre, diminution de l'expectoration et tendance à la régression des anomalies radiologiques ; 4° Toute cavité d'abcès qui persiste à la fin du premier mois relève de la pneumotomie ; 5° Le traitement médical presque systématique des abcès du poumon est une hérésie.

Cette importante communication a soulevé une discussion, à laquelle prirent part plusieurs collègues : MM. Kourilski, Benda, Jacob, Cathala, Hillemand, Ameuille, Even.

LES JOURNEES CARDIOLOGIQUES DE ROYAT

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 15 juin 1946 (Royat)

1er Rapport. — Les dérivations précordiales. Technique et tracés normaux. — MM. Deglaude et P. Laubry. — La technique des dérivations précordiales a donné lieu à de nombreuses divergences, ce qui rend difficile la confrontation des résultats. La technique anglo-américaine exprimée en 1938 sous forme de recommandations a été adoptée depuis par la grande majorité des auteurs. Aussi, dans un esprit de discipline, et malgré des objections motivées, les auteurs prennent nettement position pour cette technique. Ils en précisent successivement les éléments essentiels : choix des électrodes, place de l'électrode exploratrice, place de l'électrode indifférente et, enfin, connexions des électrodes avec l'appareil enregistreur ; désormais l'inscription de l'électronégativité relative à l'exploratrice sous forme d'une déflexion dirigée vers le haut devra être abandonnée et l'électronégativité s'inscrira vers le bas.

La pratique des dérivations précordiales multiples est ensuite précisée en utilisant la terminologie anglo-américaine définissant six points précordiaux et les auteurs insistent sur l'intérêt particulier de la « borne centrale » de Wilson comme électrode indifférente. Le rapport se termine par un exposé des variations de l'ECG précordial chez le sujet normal.

2e Rapport. — Les dérivations précordiales dans la thrombose coronarienne. — MM. P. Soulié, F. Joly et J. Monié. — Les auteurs montrent l'intérêt des dérivations précordiales unipolaires avec borne centrale dans la maladie coronarienne et, en particulier, dans l'infarctus du myocarde, et adoptent de façon définitive le mode de connection adopté par l'Ecole anglo-américaine. Les courbes recueillies avec la borne centrale peuvent différer de celles recueillies en un même point à l'aide de la technique classique. Ils comparent les avantages respectifs de la conception classique (anatomo-électrique) aux données récentes de l'école américaine (travaux de Wilson et Goldberger). Cette dernière conception des dérivations semi-directes antérieures s'appuie sur des données expérimentales et électriques du plus grand intérêt. Elle consiste à faire un diagnostic topographique des infarctus en comparant, d'une part les trois dérivations standard, d'autre part les dérivations unipolaires précordiales, enfin les dérivations unipolaires des membres. L'étude des courbes électriques recueillies en V 1, V 2, V 3, V 4, V 5, V 6, V 7 permet d'étudier quelle cavité ventriculaire est altérée dans ses effets électriques projetés. La notion de torsion du cœur autour de son axe longitudinal, soit dextrogyre (cœur vertical), soit levogyre (cœur horizontal), fait comprendre pourquoi les altérations ventriculaires droites ou ventriculaires gauches, seront recueillies, suivant les cas, tantôt vers le haut et à gauche (bras gauche ; V L, tantôt vers le bas et à gauche (jambe gauche ; V F). Ainsi prend corps une technique physio-électrique qui permet de diagnostiquer les infarctus antérieurs, antéro-septaux, antéro-latéraux, latéraux, postéro-inférieurs et postérieurs. Cette technique trouve aussi son intérêt dans l'étude des blocs de branche et de l'insuffisance coronarienne commune. Elle se passe du repérage palpatoire du choc apexien si souvent impossible à localiser.

3e Rapport. — Les positions de l'électrode précordiale autres que la position de pointe. — MM. A. Jouve, J. Pierron et J. Senez. — Les auteurs étudient les diverses dérivations précordiales et aboutissent à des conclusions voisines de celles du deuxième rapport en ce qui concerne les maladies coronariennes. Ils s'attachent plus particulièrement à la discussion morphologique des blocs de branche et surtout des blocs atypiques en dérivations semi-directes antérieures. Le repérage soigneux de l'onde intrinsèque recherchée en position droite (V 1, V 2), en position gauche (V 4, V 5, V 6), en s'aidant également de la dérivation œsophagienne, aboutit à des conclusions très précises, quant au retard d'activation des divers territoires myocardiques.

Les aspects du bloc rare (courbe de retard droit), du bloc habituel (courbe de retard gauche), sont étudiés en précordiales, suivant que le cœur est du type vertical, intermédiaire ou horizontal. Les rapporteurs font une place à part à la dérivation S 5 particulièrement indiquée pour l'étude des maladies de l'oreillette.

Séance du 16 juin 1946 (Royat)

A propos d'une observation de syndrome de Wolff-Parkinson-White. — M. Poumailloux a étudié, à l'aide de la dérivation œsophagienne, un syndrome typique de W. P. W. chez un rapatrié de 28 ans, qui avait présenté de courtes crises de tachycardie paroxystique et se portait parfaitement bien en dehors d'elles. Sur tous les tracés, on observe une onde Δ supplémentaire, survenant 0,10 seconde après l'onde auriculaire. Il existe en outre une dénivellation de l'espace ST avec inversion de l'onde finale. En dérivation œsophagienne, l'onde Δ est bien isolée et son amplitude, toujours grande, varie selon la hauteur de l'électrode, indépendamment tant de P. et de R. La conception d'auteurs scandinaves de la superposition d'une excitation anormale (« préexcitation », pour ne pas employer le terme d'extrasystoles) et d'une excitation ventriculaire normale, est la seule qui paraisse tenir compte de tous les phénomènes observés et, en particulier, des variations habituelles de l'espace ST. L'existence d'un faisceau anormal de Paladino-Kent est extrêmement hypothétique et ne paraît pas plus indispensable pour expliquer une « préexcitation » qu'une voie de conduction supplémentaire pour expliquer tel ou tel type d'extrasystole d'apparition périodique.

Les aspects normaux et pathologiques de la conduction au cours de la phase réfractaire. — M. SEGERS. — La durée de la période réfractaire du tissu de conduction peut être déterminé en mesurant les modifications de durée des intervalles P-Q et QRS, survenant lorsque deux ou plusieurs battements se suivent à court intervalle. Lors d'une succession rapide des battements, les déflexions QRS ne sont jamais allongées chez les sujets normaux, c'est-à-dire que la période réfractaire du tissu de conduction intraventriculaire est fort courte. La phase réfractaire absolue du faisceau de His se traduit par le blocage des ondes P ; cette phase se termine au plus tard 0,20 secondes après l'onde R d'un battement auriculoventriculaire et 0,25 seconde après l'onde R d'un battement idioventriculaire. Tout blocage d'une onde P survenant au delà de ce délai doit être considéré comme pathologique.

La phase réfractaire relative du faisceau de His, caractérisée par un allongement de l'intervalle P-Q, se termine au plus tard 0,20 secondes après la fin de la phase réfractaire absolue. Tout allongement de P-Q survenant au delà de ce délai doit être considéré comme pathologique ; il en est de même lorsque le degré d'allongement de P-Q dépasse 50 %.

Réalisation expérimentale et observation prolongée du rythme sinusal autonome chez le chien. — MM. H. HERMANN et F. JOURDAN, par une série d'interventions aseptiques, ont libéré le nœud sinusal de toute influence nerveuse extrinsèque et adrénalinique. Ils ont alors constaté que la fréquence des battements du cœur rendu autonome est voisine de 120 systoles par minute, comme il est généralement admis. Mais cette valeur n'est nullement fixe, même chez un animal donné ; elle présente des oscillations assez amples dont les auteurs se proposent de préciser les causes.

Evolution immédiate de l'hypertension expérimentale par exclusion sino-carotidienne et double vagotomie cervicale. — MM. F. JOURDAN et A. COLLET. — L'hypertension ainsi produite fléchit en quelques minutes et s'accompagne généralement d'une issue fatale, si certaines précautions ne sont prises. Les auteurs analysent la courbe tensionnelle et trouvent la cause principale du fléchissement dans une précoce défaillance du myocarde qui ne peut assurer, sans danger, pendant quelques minutes, la circulation du sang à travers un système vasculaire dont les résistances se sont brutalement accrues, par la libération soudaine du tonus vaso-constricteur et adrénalino-sécréteur. Les documents graphiques et électrocardiographiques recueillis plaident en faveur de cette explication, de même que les examens anatomo-pathologiques qui montrent une congestion intense des viscères ainsi que des lésions hémorragiques multiples sous-endocardiques, dans la masse des piliers et dans les couches superficielles du myocarde. Cette fugacité primitive de l'hypertension ne s'oppose pas à la durée indéfinie de l'hypertension de même origine, qui s'installe, à coup sûr, sans entraîner la mort, si l'on prend soin de permettre au cœur de s'adapter progressivement aux conditions nouvelles de travail dans lesquelles il se trouve alors placé.

La circulation au cours des cardiopathies congénitales. — MM. Jean LEQUIME et Henri DENOLIN. — L'aspect clinique et l'évolution d'une maladie congénitale du cœur sont largement conditionnés par l'existence, la direction et l'importance d'un « shunt » entre les cavités cardiaques.

La mise en évidence d'un « shunt » veino-artériel (tétralogie de Fallot, complexe d'Eisenmenger, syndrome grosse pulmonaire — petite aorte avec malformation septale) peut se faire avec précision par l'étude de la composition gazométrique des sangs artériel et veineux. On peut aussi utiliser des techniques basées sur la détermination de la vitesse circulatoire par l'éther et les substances sapides et la méthode angiocardiographique.

Un « shunt » artério-veineux (communication interauriculaire, maladie de Roger, persistance du canal artériel) peut être détecté par la recherche de la teneur en acide carbonique du sang du cœur droit. L'angiocardiographie est parfois applicable. Enfin, la mesure d'un tel « shunt » est calculable dans certains cas (canal artériel, par exemple) en comparant les chiffres de débit cardiaque obtenus par la méthode à l'acétylène et par la technique radiokymographique.

Les signes post-rhumatismaux précoces de « sténose » mitrale. — MM. Roger FROMENT, GONIN, PONT et SCHOTT insistent, à la lumière d'observations personnelles et étrangères, sur la relative fréquence avec laquelle se développent en phase d'endomyocardite aiguë rhumatismale des signes diastoliques apexiens mitraux. Ils s'accompagnent constamment d'un souffle systolique mitral et souvent d'un troisième bruit de type physiologique ; comme eux ils rétrocèdent souvent de manière complète et peuvent être, alors même qu'ils comportent un frémissement, indépendants de toute sténose orificielle anatomique.

Ces notions ont leur importance dans le pronostic en même temps qu'elles posent un problème pathogénique de premier intérêt.

Un cas de péricardite purulente à staphylocoques guérie par la péricardotomie. — MM. Jean BRET (de Lyon) et Eugène VINCENT (d'Annecy) rapportent un cas de péricardite purulente à staphylocoques, traitée et guérie par la péricardotomie. La coexistence d'un frottement péricardique et d'arthralgies avait fait croire, au début à une péricardite aiguë rhumatismale. Les œdèmes, l'hépatomégalie et la turgescence des jugulaires réalisaient une véritable adiastolie consécutive à la compression aiguë du cœur par l'épanchement suppuré. La pénicilline intramusculaire a, dans une certaine mesure, stérilisé l'épanchement, comme le prouve l'absence de staphylocoques à l'examen direct. La péricardotomie, suivie de l'injection intrapéricardique de 400.000 unités de pénicilline a permis d'obtenir une guérison complète.

Cellules endothélioïdes hémohistioblastiques et variations de la formule du sang veineux et du sang capillaire dans la maladie d'Osler. — MM. BROUSTET, SARIS, LÉGER, BERGAUD et Mlle BORCHARD. — Quelques auteurs : Bittorf, Schilling, Hess, Bykova ont signalé quelques observations d'oslériens dont le sang pris au lobule de l'oreille, contenait une forte quantité de monocytes. Dans l'observation ici rapportée, le déséquilibre entre le sang veineux et le sang capillaire était considérable, variable d'ailleurs d'heure en heure et de jour en jour. Les chiffres extrêmes (à la même heure) furent de 125.000 globules blancs à l'oreille et de 4.100 à la veine. Les cellules endothéliales arrivèrent parfois à un taux de 38 %. Ces anomalies semblent bien le fait de réactions propres de la paroi capillaire et, en ce sens, confirment la conception « élargie » de l'endocardite maligne. Mais on peut se demander s'il s'agit d'infection proprement dite des capillaires ou d'une réaction du type allergique, dans laquelle des phénomènes de sensibilisation se traduiraient par la formation de cellules anormales et la fixation d'un grand nombre de globules blancs.

La radioélectrokymographie. — MM. C. LIAN et G. MINOT rappellent les lacunes de la radiokymographie dont les images sont de faible amplitude, d'interprétation difficile et dépourvues de tout repère. Ils avaient réalisé antérieurement l'électrokymographe où ils faisaient intervenir une cellule photo-électrique pour inscrire les ondulations du pouls jugulaire. Ils viennent de mettre en œuvre de nouveau une cellule photo-électrique qu'ils placent en avant de l'écran radioscopique et en reliant cette cellule à un oscillographe, ils enregistrent les pulsations de l'ombre du cœur et des gros vaisseaux. Leur radioélectrokymographe non seulement inscrit des pulsations d'un point quelconque de l'ombre du cœur et des gros vaisseaux, mais enregistre ces pulsations en même temps que l'électrocardiogramme sur un même film.

La radioélectrokymographie constitue donc un nouveau mode d'exploration cardio-vasculaire riche de promesses.

(Cette communication a été accompagnée de la présentation de l'appareil en fonctionnement avec déroulement du radioélectrokymogramme sur l'électrofluoroscope Lian-Minot.)

L'électrocardiogramme en dérivations précordiales radiologiquement repérées. — M. A. PRUCHE étudie trois dérivations précordiales repérées sous écran suivant les axes DG (DIpc) ; DG' (DIIpc) ; GG' (DIIIpc). Ces dérivations ont l'avantage de soustraire la morphologie du ventriculogramme aux influences extrinsèques dues à la variabilité d'orientation du grand axe du cœur par rapport à la verticale médiane, alors que les trois axes des dérivations périphériques sont toujours fixes. L'auteur montre : *a*) Qu'il existe quatre types morphologiques de tracés précordiaux repérés : le type 1 correspondant à des axes normaux ; le type 2, de prépondérance droite ; le type 3, de prépondérance gauche. Les prépondérances précordiales repérées sont souvent en discordance avec les prépondérances périphériques. Il existe enfin, en dérivations précordiales, un type 4, très spécial, type négatif, toujours pathologique. *b*) L'analyse du complexe ventriculaire rapide sur film tourné à grande vitesse permet de situer dans le plan et dans le temps les trois ondes Q, R, S. Cette analyse met en évidence trois lois de constitution du ventriculogramme rapide, lesquelles se vérifient sur tous les cœurs dont les axes électriques sont normaux, non déviés. *c*) L'auteur analyse enfin le ventriculogramme de quelques blocks de branche et montre qu'il ne faut accepter que sous réserves la classification des blocks en droits ou gauches selon la prépondérance périphérique constatée.

Constatation directe du streptocoque dans des nodules oslériens, malgré la négativité de l'hémoculture (microphotographies). — MM. GIRAUD et CAZAL.

Mycothérapie de la maladie d'Osler. Apyrexie et guérison clinique après l'arrêt d'un traitement intensif, en apparence inefficace. — MM. Giraud et Cazal.

Six cas de maladie d'Osler traités par la pénicilline. — M. Leblanc.

Sur un cas de flutter prolongé. — M. P.-N. Deschamps.

Contribution à l'étude de la céphalée occipitale des hypertendus artériels. — MM. Van Bogaert et A. Tombeur.

De l'enregistrement des pulsations invisibles du parenchyme pulmonaire. Kiné-densigraphie. — M. M. Marchal.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

(Il n'y a pas eu de séance en avril 1946)

Séance du 3 mai 1946

A propos de deux cas de neuronite. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant, A. Vedel et G. Vallat rapportent deux observations de quadraplégie flasque de type périphérique, l'une avec discrète atteinte médullaire et liquide céphalo-rachidien normal, l'autre sans extension à la moelle. Dans les deux cas, guérison complète en trois mois sans la moindre séquelle. Le terme de neuronite individualisé par Grasset est repris pour ces deux observations. Au cours des radiculo-névrites et des polynévrites, le neurone moteur est touché. Les recherches physiologiques actuelles sur les synapses et l'autorythmicité du neurone appuient cette hypothèse que certains signes cliniques : amyotrophie, extension médullaire ou syndrome de Landry, avaient permis d'envisager.

Névraxite à forme hémiplégique ; troubles bulbaires transitoires. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel et G. Vallat. — Névraxite qui a évolué en deux phases, l'une d'hémiparésie gauche transitoire, il y a un an, l'autre (qui s'est constituée sous nos yeux) d'hémiplégie droite totale et complète avec participation bulbaire importante, se caractérisant par des paralysies nucléaires à prédominance droite des IX,e Xe et XIIe paires craniennes. Le pronostic paraissait fort sombre, lorsqu'une amélioration « dissociée » se produisit : rétrocession rapide des signes bulbaires, persistance de séquelles motrices droites, probablement définitives.

Ostéomyélite aiguë traitée par la pénicilline ; guérison clinique mais non radiologique ; rechute tardive. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, A. Vedel et J. Andreani. — Ostéomyélite aiguë de l'extrémité supérieure du fémur droit, traitée médicalement, tout d'abord et sans succès, par l'iodo-sulfamidothérapie, puis par la pénicillothérapie (1.300.000 UO) avec un résultat immédiat excellent. Mais après trois mois de guérison clinique, rechute sous la forme d'abcès sous-cutanés à staphylocoques de la cuisse droite ; radiologiquement, augmentation de la réaction périostée et constatation d'une petite géode corticale ; pronostic réservé. Il faut être très prudent dans l'appréciation des éléments de guérison de l'ostéomyélite aiguë traitée par la pénicilline seule. Quelques mois d'observation ne suffisent pas, une rechute tardive, comme dans notre cas, reste toujours à craindre.

Septicémies et pénicillothérapie. — MM. L. Rimbaud, H. Serre et A. Vedel ont obtenu d'excellents résultats dans deux cas, avec seulement 760.000 et 900.000 unités Oxford ; échec dans le troisième (septicémie streptococcique *post abortum*) avec atteinte endocardique suivie d'oblitération artérielle embolique en fin de cure (1.000.000 UO) ; la guérison de l'état septicémique s'est cependant réalisée lors de la reprise de la sulfamidothérapie.

Les auteurs se demandent si la pénicilline n'a pas, par un véritable mordançage du germe, atténué sa virulence et permis ainsi l'heureuse action de la nouvelle cure sulfamidée.

Infection générale grave à streptocoques, post-scarlatineuse, guérie par l'association chirurgie-pénicilline. — MM. Terracol, Fabre, Privat et Chalmeton présentent l'observation d'un enfant de 5 ans atteint d'une infection grave à streptocoques post-scarlatineuse, à localisations multiples (foyers mastoïdiens et cutanés) ; guérison par l'association chirurgie-pénicilline : mastoïdectomie bilatérale, incision des abcès cutanés, injection en quatorze jours de 840.000 Unités-Oxford. Nécessité absolue de l'acte opératoire.

Cancer de la trachée à forme dysphagique. — MM. J. Terracol, L. Fabre et J. Chalmeton ont constaté chez une malade présentant des symptômes œsophagiens sans confirmation radiologique un cancer de la trachée que l'endoscopie permit de découvrir.

Mégaestomac par apoplexie gastrique. — MM. Godlewski et Laurent rapportent un magnifique exemple de cette affection, diagnostiqué à la nécropsie d'un adulte de 35 ans, environ, pour lequel se posait la question possible d'un empoisonnement. Le tableau clinique était réduit : saoûlerie un soir ; le lendemain malaise épigastrique léger sans vomissement, malaise général sans localisation. Le surlendemain même état. Le matin du troisième jour, collapsus périphérique intense, tension imprenable bien que le cœur batte normalement, et mort.

Estomac véritablement énorme, cinq ou six fois au moins le volume normal, d'aspect infarci, vineux, surtout dans la région antrale et jusque vers la deuxième portion du duodénum. Les parois gastriques avaient un bon centimètre d'épaisseur, mais étaient souples, élastiques, donnant l'impression d'un « véritable pardessus fourré ». La muqueuse, elle-même très épaissie, très congestive, lie de vin dans la région pylorique, n'avait ni ulcérations, ni érosions, hormis une plaque de sphacèle avec fausse membrane, sans aucune tendance perforante, à la partie déclive de la grande courbure. — Hors l'estomac, les seules anomalies constatées étaient une ascite citrine d'environ trois litres, une congestion très marquée du foie, de la rate et des reins. Les vaisseaux gastriques étaient seulement bourrés de sang.

Sur le traitement de certaines périviscérites abdominales par des extraits de bacilles de Koch. — MM. Godlewski, se basant sur la notion, déjà ancienne, d'un terrain d'imprégnation bacillaire comme substratum du processus adhérentiel, qui peut être déclenché par le traumatisme ou d'autres agressions microbiennes ou toxiques, a traité des périviscérites abdominales avec l'allergine ou le V. A. V., après avoir essayé sans succès de nombreux autres modes thérapeutiques.

Les résultats, sans être constants, sont extrêmement encourageants et semblent confirmer qu'en matière de périviscérites, l'état d'inflammation ou d'infection chronique ou subaiguë avec retentissement sur la musculature digestive et pariéale (loi de Stockes), est presque tout et que l'élément mécanique n'est presque rien (hormis les cas évidents de brides ou rétrécissements)...

Les échecs paraissent dus surtout au maniement difficile de ces produits chez certains malades, bien que leur application paraisse plus facile que celle de la tuberculine.

Sur la crise abdominale périviscéritique. — M. M. Godlewski. — Malgré son inélégance, cette locution traduit bien des crises abdominales aiguës émaillant, en général, l'évolution des périviscérites abdominales (mises à part les crises dues à un obstacle mécanique), et qui paraissent conditionnées, de même que les manifestations habituelles de la périviscérite, par le facteur inflammatoire beaucoup plus que par l'élément mécanique.

Que la cause déclenchante soit traumatique ou microbienne, le substratum adhérentiel paraît résider en une imprégnation tuberculeuse latente, et un certain état d'allergie vis-à-vis du B. K., que des bilans humoraux systématiques doivent permettre d'établir. Le traitement des périviscérites par des extraits de B. K. donnent, en tous cas, de bons résultats et, contrairement à l'avis de certains, par un mécanisme spécifique. Les réactions déterminées par leur injection permettent d'assimiler la crise d'adhérences à une libération spontanée de produits de B. K.

La notion de ces crises a une importance diagnostique considérable, chez les polyopérés surtout.

Séance du 10 mai 1946

La cholinéstérase sérique au cours des affections hépatiques. — MM. L. Rimbaud, P. Passouant, C. Bénézech et G. Vallat. — Au cours des cirrhoses, baisse de la cholinestérase sérique dont le fléchissement est proportionnel à l'importance de l'insuffisance hépatique. Au cours des ictères, activité diastasique abaissée. Au cours des ictères lithiasiques, taux cholinestérasique normal ou élevé. Chez les hépatiques, le dosage de la cholinestérase sérique présente un intérêt pronostic, car son fléchissement suit la décompensation de la glande hépatique et un intérêt diagnostic, car dans les ictères par rétention, ce dosage peut donner une indication en faveur d'un ictère lithiasique.

Les anomalies du syndrome pyramidal déficitaire. — MM. L. Rimbaud, F. Serre, P. Passouant et G. Vallat, chez un homme de 58 ans, commotionné cranien en 1916, avec crises d'épilepsie secondaire, ayant fait une hémiparésie gauche en 1945, ont noté une manœuvre de Mingazzini isolée à gauche et une manœuvre de la jambe isolée à droite. Discussion de la manœuvre de Barré : épilepsie, sclérose cérébrale. Nécessité de la recherche de deux manœuvres dans l'exploration du syndrome pyramidal déficitaire.

Action de la protéinothérapie intraveineuse sur une niche de la petite courbure de l'estomac. — MM. L. Rimbaud, H. Serre, P. Passouant, Maleki et G. Vallat. — Niche géante de la portion verticale de la petite courbure gastrique chez une femme de 74 ans, présentant un passé ulcéreux typique. Depuis quelques mois douleurs continues, important amaigrissement. A la palpation, placard abdominal d'allure tumorale. Guérison clinique et radiologique, en dix semaines, par la protéinothérapie intraveineuse. Les auteurs soulignent la valeur du test évolutif radio-clinique dans ces formes pseudo-tumorales de l'ulcus gastrique.

Pyrexie ondulante guérie par une intra-dermo-réaction à la mélitine. — MM. P. Boulet, J. Chardonneau, J. Rodier et F. Boyer rapportent l'observation d'une malade âgée de 70 ans qui présenta une pyrexie ondulante accompagnant une pneumopathie aiguë. Malgré la disparition progressive du syndrome pulmonaire la fièvre persiste : hémoculture et séro-diagnostics de Wright, plusieurs fois répétés, furent négatifs. Une intradermo-réaction à la mélitine déclencha une très forte réaction locale (aspect pseudo-phlegmoneux de l'avant-bras) et fut suivie d'une apyrexie définitive et d'une complète guérison clinique. La forte réaction à la mélitine et l'heureuse évolution clinique permettent de considérer cette fièvre ondulante comme une authentique brucellose, malgré la carence des examens biologiques.

Hernies de la plèvre médiastinale au cours du pneumothorax artificiel. — MM. J. Vidal et J. Salager, étudiant un certain nombre de hernies de la plèvre médiastinale, confirment à leur propos diverses notions précédemment établies : jeune âge du malade, prédominance de la hernie de la plèvre médiastinale gauche, plus grande fréquence des hernies à maximum de distension expiratoire, pressions endopleurales presque toujours négatives.

Etude radiologique de la maladie d'Ayerza. — MM. Ch. Gros et Guillaume. — Malade de 66 ans, ayant contracté un chancre syphilitique en 1914, insuffisamment traité, actuellement le B. W. est très positif. Syndrome clinique de cardiaque noir ; la radiologie synthétique montre les hiles pulsatiles et moustachus, une trame fibreuse parsemée de quelques nodules opaques, un cœur globuleux en sabot. La tomographie de profil révèle une artère pulmonaire dilatée avec une saillie anévrismale de l'extrémité de la crosse.

Leucémie suraiguë à forme de leucoblastose agranulocytaire. — MM. A. Puech et Th. Desmonts ont vu évoluer en cinq jours chez un homme de 41 ans, un syndrome agranulocytaire d'allure primitive. Le caractère extensif des lésions ulcéro-nécrotiques bucco-pharyngées, l'importance des adénopathies et de la splénomégalie, l'érythroblastose sanguine, ont fait porter le diagnostic de leucoblastose, qu'a confirmé le passage dans le sang de quelques leucoblastes de type divers.

Hémogénie avec diminution du nombre des plaquettes sanguines : action remarquable de l'opothérapie médullaire sur le syndrome hémorragique et le nombre des plaquettes. — MM. G. Giraud et Th. Desmonts.

La pénicillothérapie des pleurésies purulentes. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, Pineau et Chambon.

Kyste hydatique latent du foie surinfecté par le bacille paratyphique B. — MM. M. Janbon et J. Chaptal.

Maladie hémolytique chez un enfant de 4 ans guéri par splénectomie. — MM. J. Chaptal, M. Lapeyrie, P. Cazal et P. Conte. — Un enfant présente à 2 ans des crises de déglobulisation avec splénomégalie, qui se répètent chaque année. Hospitalisé à 4 ans, on constate une anémie avec réticulocytose, fragilité globulaire, splénomégalie, hypocholestérolémie et hyperbilirubinémie. Le développement général est arrêté, l'enfant asthénique et essoufflé.

La splénectomie, facilement réalisée, amène une amélioration rapide : reprise de l'état général et de la croissance, correction de l'anémie et des troubles biologiques. Seule persiste la fragilité globulaire.

Syndrome acrodynique typique consécutif aux oreillons ; encéphalite ourlienne probable. — MM. J. Chaptal, A. Pineau et J. Chambon. — Un enfant de 4 ans est atteint d'oreillons fin décembre 1945, de méningite ourlienne début janvier 1946, puis s'installe un syndrome acrodynique typique : amaigrissement, asthénie, troubles du caractère, insomnie la nuit, torpeur de jour, algies et paresthésies douloureuses, hypersalivation, sudations, aspect acrodynique des mains et des pieds, hypertension artérielle. Albuminorachie : 1 gr. 20 p. 1.000 avec cytologie normale.

Un tel fait doit être interprété comme un syndrome acrodynique par forme mésencéphalique de l'encéphalite ourlienne.

NOTES POUR L'INTERNAT

SIGNES, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE LA FRACTURE DE DUPUYTREN

La fracture de Dupuytren est la variété la plus fréquente des fractures bimalléolaires.

Elle tire son intérêt et s'individualise du fait :

— *De son extrême fréquence :* c'est le type même de la fracture d'observation journalière.

— *De sa gravité :* pronostic parfois très grave du point de vue fonctionnel, l'évolution se faisant vers un cal vicieux du cou-de-pied.

Elle nécessite un traitement d'urgence, une bonne réduction et surtout une bonne contention guidées et suivies par la radiographie.

Cliniquement.

En présence d'un blessé qui vient de subir un traumatisme du cou-de-pied, il est souvent difficile d'en préciser le mécanisme ; cependant dans la majorité des cas, il s'agit d'un mouvement d'abduction forcée du pied, le blessé a ressenti une douleur vive, une impression de craquement.

Quand on l'examine :

Dans les premières heures, on constate :

1° *En cas de fracture de* Dupuytren haute :

Une déformation grossière qui « crève les yeux ».

A. *A l'inspection.*

a) *De face*

On a les éléments de la subluxation externe.

— *Au niveau de la jambe :*

Sur la face externe on constate le coup de hache de Dupuytren, caractérisé par l'angle à sinus externe que forment les deux fragments du péroné.

Sur sa face interne, on constate la saillie du fragment tibial supérieur menaçant la peau (il existe parfois une petite ecchymose linéaire précoce).

— *Au niveau du cou-de-pied :*

L'examen révèle un élargissement transversal.

— *Au niveau du pied :*

L'inspection révèle un triple déplacement de celui-ci.

Un valgus : la plante regarde en dehors.

Une rotation externe.

Une abduction qui transporte le pied en masse en dehors comme le montre la chute de la crête tibiale prolongée en dedans du gros orteil.

b) *De profil :*

L'inspection révèle les éléments de la *subluxation postérieure.* Cependant il est capital de savoir que cette subluxation est, contrairement à la précédente, *peu marquée* et bien souvent méconnue, si l'on n'a pas soin d'examiner le membre inférieur après l'avoir placé en *triple flexion.*

Cette subluxation postérieure est caractérisée par :

— La concavité exagérée du tendon d'Achille ;

— La saillie du talon ;

— Le raccourcissement du dos du pied ;

— La saillie des tendons extenseurs en avant qui sont soulevés comme sur un chevalet ;

— L'équinisme du pied.

L'inspection révèle donc la *subluxation postéro-externe du pied.*

B. *La palpation*

Confirme le diagnostic en précisant les données de l'inspection.

Cette palpation porte méthodiquement :

a) *Sur le péroné* où elle permet de sentir l'extrémité inférieure du fragment supérieur de cet os surplombant le coup de hache, point exquisement douloureux. L'existence d'une douleur réveillée plus haut et plus en arrière, doit faire soupçonner l'obliquité du trait de fracture.

b) *Sur le tibia* où elle perçoit la saillie du fragment inférieur et réveille une douleur vive.

c) *Au niveau du pied*, la palpation faite en empaumant le calcanéum d'une main et la jambe de l'autre permet, en imprimant des mouvements de latéralité, de mettre en évidence *le choc astragalien.*

C. *L'étude des mouvements* de la tibio-tarsienne révèle que la flexion et l'extension de cette articulation sont impossibles.

2° *En cas de fracture de* Dupuytren basse :

Le diagnostic de cette variété est plus dificile et cette forme est grave, car elle se complique souvent de lésion du pilon tibial.

Dans sa forme pure non compliquée vue rapidement après l'accident, cette fracture se caractérise par :

A) *A l'inspection.*

— *Un cou-de-pied* uniformément augmenté de volume, élargissement perçu seulement parfois au compas d'épaisseur.

— *Une subluxation externe peu marquée avec coup de hache bas situé peu visible ;*

— *Une subluxation postérieure nulle*, en l'absence de fragment postérieur.

B) *A la palpation :*

— On réveille une douleur exquise sur la base de la malléole tibiale ;

— Une douleur exquise sur le péroné, douleur située à un niveau variable mais plus basse que dans la Dupuytren haute, entre la malléole et le niveau de la fracture typique.

— Par contre la palpation ne réveille pas de douleur au niveau de l'interligne tibio-péronier.

Si le blessé est vu tard, le diagnostic est plus difficile entre les deux variétés, mais œdème, ecchymoses, phlyctènes affirment la fracture et le diagnostic est posé.

Ce n'est pas le diagnostic qui est plus difficile mais le *temps pronostic*. On recherchera :

1° *Une lésion osseuse.*

a) On pense plus volontiers à un *diastasis associé* si l'on a affaire à une Dupuytren haute. Ce diastasis est caractérisé par :

— *L'élargissement* important du cou-de-pied ;

La douleur réveillée sur l'interligne tibio-péronier ;

— Le *choc astragalien* perçu lors des mouvements de translation de dedans en dehors du pied saisi à pleine main.

b) On pense plus volontiers à l'existence d'un *troisième fragment tibial postérieur* s'il s'agit d'une fracture de Dupuytren basse. Ce troisième fragment tibial postérieur est caractérisé cliniquement par :

— L'*importance de la luxation postérieure* avec concavité très exagérée du tendon d'Achille et saillie du talon.

— L'existence d'*ecchymoses, de points douloureux* au niveau de la gouttière rétro-malléolaire interne qui est *comblée ;*

— La *saillie des tendons extenseurs ;*

— La reproduction immédiate de la déformation après réduction.

2° On étudiera l'*état vasculaire* et *l'état de la peau.*

Par suite de la luxation du pied en dehors les téguments sont tendus et peuvent se déchirer sur le bord interne tranchant du fragment supérieur de la malléole tibiale.

L'ouverture de la peau peut être :

— *Primitive :* le tibia venant perforer la peau lors du déplacement du pied ;

— *Secondaire*, la plaie étant due au sphacèle plus ou moins tardif des téguments sur la même saillie lorsque la réduction n'a pas été faite d'urgence.

On a ainsi déjà des notions importantes sur le diagnostic et le pronostic, mais des éléments manquent.

C'est la RADIOGRAPHIE indispensable qui complétera l'examen clinique.

A. Une radiographie sera faite *avant la réduction.*

1° Cette radiographie *confirme le diagnostic* en montrant le siège des *traits de fracture et les déplacements*. La radio sera faite de face et de profil, bien centrée, avec les deux côtés sur la même plaque.

a) Dans la Dupuytren haute.

— Le *trait tibial* est transversal en règle à la base de la malléole interne qui bascule en bas et en dehors, menaçant la peau par son bord supérieur ;

— Le *trait péronier* est situé de 7 à 12 cm. au-dessus de la pointe de la malléole, il est oblique en bas, en avant, en dedans ou transversal. Le fragment inférieur est mobile en dehors et en arrière.

b) Dans la Dupuytren basse.

Le *trait tibial* est analogue à celui de la Dupuytren haute ainsi que son déplacement ;

— Le *trait péronier* débute au bord postérieur du péroné à un niveau très variable, oblique en bas, en avant, en dedans, atteignant toujours l'articulation péronéo-tibiale inférieure ;

— Le fragment inférieur est mobile en dehors et en arrière ;

— Le fragment supérieur diaphysaire fixe restant accolé au tibia par le seul ligament antérieur dans la Dupuytren basse.

2° La radiographie avant la réduction donne aussi des éléments importants *pour le pronostic.*

a) Elle permet d'*affirmer le diastasis* que l'on étudie sur la *radio de face :* ce diastasis existe quand le tubercule postéro-externe du tibia est à plus de 2 millimètres de l'ombre de la malléole péronière et quand le tubercule antéro-externe empiète de moins de 8 millimètres sur l'ombre péronière. Mais ces chiffres sont sujets à des variations individuelles ; les mensurations n'ont de valeur que si la direction des rayons est normale à l'axe du cou-de-pied, aussi a-t-on préconisé de mesurer le rapport de l'espace clair de Quénu à la distance intertuberculaire. Normalement ce rapport est égal au tiers.

Enfin on s'attachera à découvrir un défaut de parallélisme des limites de l'interligne.

b) La radio permet d'affimer l'existence *d'un troisième fragment :*

— *Fragment marginal postérieur* le plus souvent que l'on étudie sur la radio de profil. Il faudra noter :

L'étendue de la voûte fracturaire, il est très mauvais de la voir dépasser la moitié de la surface.

— *Fragment marginal* antérieur plus rare.

B. *Pendant la réduction.*

On manipulera la fracture après anesthésie et sous *radioscopie*, ce qui permettra de distinguer :

1° *Les fractures réductibles* qui sont surtout les Dupuytren basses vues tôt et non compliquées ;

2° *Les fractures irréductibles*, qui sont surtout les fractures compliquées de diastasis dont la radioscopie permet de préciser la cause, il s'agit souvent d'incarcération de la malléole tibiale ;

3° *Les fractures incoercibles*, qui sont surtout le fait d'un troisième fragment marginal postérieur dont il importe de préciser les connexions. Est-il isolé, solidaire du péroné, du tibia, de ces deux os ?

C. *Après la réduction.*

Ce sont encore les radiographies de contrôle qui montrent la bonne marche de la contention, la qualité de la réduction.

C'est grâce à la surveillance qu'elles permettent que la fracture évolue de façon satisfaisante.

EVOLUTION.

I. *Dans les bons cas.*

1° La réduction est satisfaisante :

2° La contention se maintient, on la surveille par des clichés successifs, ainsi on parvient à la période de récupération.

Vers le 45e jour, un appareil de marche est placé, ce qui permet le jeu articulaire et la récupération musculaire. On arrive ainsi à la période de guérison vers le 60e jour, encore faut-il que la radio ait montré l'existence d'un bon cal.

C'est à ce prix qu'on a les résultats les meilleurs.

Mais même dans ces bons cas il persiste souvent des séquelles, car il s'agit d'une fracture articulaire : raideur, troubles trophiques.

II. D'autre fois, des COMPLICATIONS viennent assombrir le pronostic.

A. — *Complications immédiates.*

1° *Vasculaires :* rares.

2° *Communication du foyer de fracture avec l'extérieur* qui peut être cause d'arthrite suppurée tibio-tarsienne.

3° *Diastasis.*

4° *Fragment marginal postérieur ou antérieur.*

5° *Irréductibilité* de la fracture, surtout le fait des Dupuytren hautes avec diastasis.

6° *L'incoercibilité* surtout dans les Dupuytren basses avec troisième fragment marginal postérieur libre.

7° *Lésions associées du tarse postérieur.*

B. — *Complications secondaires.*

— Déplacement secondaire ;

— Phlébites.

C. — *Complications tardives.*

I. *Ce sont avant tout les cals vicieux.*

1° Ces cals vicieux reconnaissent au point de vue étiologique :

— *Soit un mauvais traitement*, réduction insuffisante, contention mal surveillée, marche trop rapide.

— *Soit des causes biologiques*, les fragments sont petits, mal vascularisés, dépériostés.

— *Soit un mauvais terrain syphilitique, variqueux.*

2° *Cliniquement*, en présence d'un cal vicieux, on étudiera :

a) *La déformation.*

Pour cela, on examinera :

— La déformation du cou-de-pied ;

— On fera le tracé du chausseur ;

— On fera l'épreuve du canon du pied de Destot pour juger de l'affaissement de la voûte plantaire.

b) *On étudiera la fonction.*

Pour cela, on fera marcher le blessé, on notera l'amplitude des mouvements, l'importance des douleurs.

c) On pratiquera *un examen radiologique.*

Les clichés faits de face et de profil montrent :

— Les déplacements des fragments ;

— Les hyperostoses ;

— Les synostoses ;

— L'état trophique des os.

3° On peut, au terme de cet examen, se trouver en présence *de plusieurs variétés de cals vicieux.*

a) Il peut s'agir d'*un pied bot valgus* traumatique dans les cas ou le diastasis ne fut pas corrigé, c'est-à-dire par rupture de l'équilibre transversal ;

b) Il peut s'agir d'un *pied bot équin* traumatique dans les cas où le fragment marginal postérieur n'a pas été ramené en bonne place, c'est-à-dire par rupture de l'équilibre antéro-postérieur du pied.

c) Il peut s'agir enfin *d'un pied valgus équin traumatique*, le plus fréquent et le plus grave par association des deux facteurs.

Au point de vue de la gravité si quelquefois il n'y a aucun rapport entre la clinique qui montre des troubles marqués et la radiographie qui révèle des lésions anatomiques restreintes (ce sont les cas physiologiquement vicieux de Villard), le plus souvent signes fonctionnels et signes physiques marchent de pair et on peut ainsi, avec Bérard, individualiser trois degrés dans les cals vicieux.

a) *Les cals bénins.*

Ces cals évoluent en deux périodes :

1° *Douleurs et déséquilibre du pied* résultant d'un mélange de synovite, d'arthrite, de déformation osseuse ;

2° *Adaptation fonctionnelle* progressive due au développement d'une exostose supéro-interne de la tête de l'astragale qui limite sa bascule.

b) *Dans les cas moyens.*

L'articulation s'ankylose et présente des troubles vaso-moteurs importants.

c) *Au maximum* on a une ankylose avec décalcification osseuse et ostéophytes avec troubles trophiques intenses et précoces : œdème diffus, ulcération.

Il faut savoir cependant qu'avec le temps des adaptations fonctionnelles se font souvent et que les douleurs diminuent.

II. *Les troubles trophiques* enfin sont très fréquents, il faut les redouter surtout chez les sujets âgés à mauvaise circulation, variqueux, artério-scléreux. Ces troubles consistent en arthrite, synovite, rétractions tendineuses, œdèmes, amyotrophies, névrite.

Diagnostic :

Le diagnostic positif est évident dans la Dupuytren haute. Il peut être plus difficile dans la Dupuytren basse.

I. *En cas de grosse déformation.*

Deux diagnostics sont à débattre :

1° *La fracture supra malléolaire* qui se traduit par : un gros gonflement ; une ecchymose rétro malléolaire et enfin par les traits de fracture à la radiographie. Ce diagnostic est important surtout au point de vue thérapeutique, car l'hypercorrection est néfaste à ces fractures.

2° *Le décollement épiphysaire a pour lui :* la notion d'âge (moins de 18 ans), une mobilité sus-articulaire ; une flexion et une extension possibles.

3° Un diagnostic rare : *luxation de l'astragale.*

II. *En cas de déformation minime.*

1° *Si les signes sont d'un seul côté*, discuter *l'entorse.*

2° *Si les signes sont plus bas*, discuter :

a) *Fracture de l'astragale ;*

b) *Fracture du calcanéum*, mais : ecchymoses digito-plantaires, — malléoles intactes ;

c) *Fracture bi-malléolaire ou bi-génienne*, mais : notion d'adduction forcée du pied ; gonflement moins marqué ; pas de coup de hache ; points douloureux au-dessous de l'articulation péronéo-tibiale inférieure.

Traitement.

I. *Fractures fermées.*

A) *Fractures sans déplacement.*

Immobiliser 60 jours en gouttière ou par appareil de marche.

B) *Fractures avec déplacement.*

Deux méthodes : orthopédique ou chirurgicale.

1° *Traitement orthopédique.*

a) *La réduction* doit être faite d'urgence sous anesthésie générale ou rachidienne et en suivant les manœuvres sous l'appareil de radioscopie. Il faut réduire en plaçant la cuisse en flexion sur le bassin et la jambe fléchie sur la cuisse pour relâcher les jumeaux.

Il faut agir par le talon en arrachant la botte.

— Refouler le pied en masse en dedans.

— Bien serrer la pince malléolaire.

— Appuyer à pleine main sur le tibia pour le ramener en arrière.

— Hypercorrection en varus pour certains, cette hypercorrection n'est cependant pas indispensable et est même gênante.

Dans la majorité des cas, la réduction est obtenue facilement du premier coup, surtout dans les Dupuytren basses.

b) *La contention.*

Se fait au moyen d'un appareil de Delbet mis d'emblée, ou mieux : à l'aide d'une gouttière plâtrée remontant à mi-cuisse, pendant 45 jours, puis avec l'appareil de marche de Delbet, pendant 15 jours.

Ce qui est surtout important, c'est de bien mouler le plâtre sur les malléoles, de ne pas lâcher le pied tant que le plâtre n'est pas sec, de suivre régulièrement la consolidation par des radiographies et de changer le plâtre dès qu'il commence à n'être plus moulé.

B. *Traitement sanglant.*

L'ostéosynthèse devra être pratiquée : s'il existe *une irréductibilité primitive ;* si la *contention est impossible.*

En cas de *troisième fragment*, il faut l'enlever ou visser celui-ci selon sa taille.

Les *voies d'abord* sont au nombre de trois :

— La voie transachiléenne (Picot) ;

— La voie calcanéenne d'Alglave.

— Surtout la voie juxta-rétro-péronière de Duval et Gatellier.

II. *Fractures ouvertes.*

Traitement d'urgence : nettoyage soigneux ; on se comportera ensuite différemment selon la nature des lésions.

III. *Traitement des cals vicieux :*

1er *degré :* Buttées d'appui (Arthroryse) ;

2e *degré :* Ostéotomie de correction ;

3e *degré :* Résection atypique et modelante pour tâcher d'obtenir soit une néarthrose soit une ankylose, mais ankylose solide, indolore, en bonne position.

Robert Aurousseau.


Pyri Pyridium
ANTI-INFECTIEUX,
Cystites, Pyélonéphrites, Colibacillose.
ANALGÉSIQUE LOCAL
Douleurs, Pollakiurie, Dysurie.
4 à 8 dragées par jour
LABORATOIRES SERVIER-ORLÉANS

CHRONIQUE

Les réformes de l'enseignement médical devant le Congrès des étudiants

En 1912, un Congrès national des étudiants en médecine avait lieu à la Sorbonne.

En 1946, soit trente-quatre ans plus tard, l'Office de médecine de « l'Union nationale des Etudiants » a tenu son premier Congrès au siège parisien de l'Association Corporative.

Le premier contact officiel fut cordial, mais il semble que la Corpo n'a peut-être pas été comprise comme elle aurait voulu l'être. Son projet, dont la « Gazette des Hôpitaux » a parlé, touchant la réforme des études médicales, fruit des méditations de plusieurs générations de praticiens et d'étudiants, n'a pas été toujours suivi. Cependant, les idées lancées germeront... si l'on veut étudier le projet de l'Association Corporative. En tout cas, le premier chapitre du projet corporatif, réclamant la sélection des étudiants en médecine par l'institution d'un baccalauréat **plus sévère** que l'examen actuel de ce nom, a été repris et adopté par le Congrès.

Le Congrès a demandé ensuite que le P. C. B. soit d'inspiration plus médicale et rattaché à la Faculté de Médecine. Or cette expérience, déjà tentée, n'a donné que des résultats décevants. La mesure proposée devra être réétudiée. C'est du reste l'avis de M. le recteur Roussy, surexpert en la matière.

Une autre proposition de la Corpo a été adoptée par le Congrès, celle tendant à dégager les services de clinique surchargés de stagiaires. D'autres problèmes ont été discutés, mais non résolus, tel celui de l'enseignement des **spécialités.** On sait que la Corpo, depuis 1934, a complètement changé d'avis et s'est ralliée sur ce point à l'opinion du Dr Cibrie et du recteur Roussy. En ce qui concerne la **chirurgie,** la Corpo réclame l'application du **projet Quénu,** indispensable au bon fonctionnement de cette spécialité, mais le Congrès a été moins catégorique. Enfin la **vie chère** a constitué une tête de chapitre des revendications des congressistes, qui ont réclamé de l'Etat aide et protection pour leur rendre la vie plus supportable. Qui pourrait les en blâmer ?

Telles sont les idées essentielles qui ont fait l'objet des utiles débats du Congrès.

Maurice Mordagne.

Remise de la médaille de M. Louis Bazy

La médaille offerte au Dr Louis Bazy, à l'occasion de son élection à l'Académie de Médecine, lui a été remise le 4 juillet dernier, au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les amis et les élèves du maître étaient venus nombreux pour lui exprimer les uns leur gratitude, les autres leur amitié fidèle, tous enfin leur admiration pour ses travaux et pour la noblesse de son caractère.

Et les vieux, en écoutant Sylvain Blondin, Charles Richet, Laubry rappeler tout ce qu'on doit au grand chirurgien, à l'organisateur de l'Académie de chirurgie, à l'ancien président de la Croix-Rouge française, ne pouvaient manquer de se rappeler son père, grand chirurgien, lui aussi, qui sut, avec une remarquable constance, se dévouer aux confrères malheureux. En vérité, Louis Bazy avait de qui tenir, et il a tenu, et au delà, tout ce qu'on attendait de lui.

F. L. S.

INFORMATIONS
(Fin)

Citation à l'Ordre de l'armée

Médecin lieutenant Barroux.
Médecin capitaine Bereni.
Médecin lieutenant Lissitsky.
Médecin capitaine Poudevigne.
Médecin capitaine Blochet.
Médecin lieutenant Lagey.
Médecin 1re classe marine Planchais.
Médecin général marine Hederer.
Citation à titre posthume :
Médecin commandant Gabriel Florence (professeur à la Faculté de médecine de Lyon).

Ordre de la Santé publique

Chevalier (à titre posthume). — Dr Druesne (Stéphane), de Roubaix ; Dr Hideux (Gaston), de Barentin ; Dr Ollivier (Louis), de Granville ; Dr Remilly (André), de Versailles ; M. Schœnig (Aimé), étudiant en médecine à Montpellier. (J. O., 24 août 1946).

Commandeur. — Dr Boquel (André), d'Angers ; Dr Delahousse (Théodore), de Roubaix ; professeur Jeanbrau (Emile), de Montpellier ; Dr Juilliand (Eugène), de Chambéry ; Dr Robert (Charles), de Versailles ; Dr Robin (Jean-Pierre), de Lyon ; Dr Robin (Eugène), de Paris ; Dr Scherb (Raymond), de Montpellier ; Dr Violette (Abel), de Saint-Brieuc.

Officier. — Dr Alberti (Dominique), à Burdeau (Algérie) ; Dr Cochot (Paul), de la Ferté-Gaucher ; Dr Couronnet (Paul), à Nantes ; professeur Forster (André), à Strasbourg ; Dr Lévi (Pierre), à Orléans ; Dr Maupas (Marcel), à Fécamp ; Dr Mourgues-Molines (Edouard), à Montpellier ; Dr Petit (Fernand), à Grenoble ; Dr Petit (Henri), à Rambouillet ; Dr Roussel (Jean), à Clermont-Ferrand).

Chevalier. — Professeur Aboulker (Henri) à Alger ; Dr Aimé (Paul), à Paris ; pro-

fesseur Aubertin (Emile), à Bordeaux ; professeur Aubry (Georges), à Alger ; Dr Ballenghien (Marcel), à Roubaix ; professeur Baumel (Jean), à Montpellier ; Dr Belot (Joseph), à Paris ; médecin colonel Bergeret (Pierre-Marie), à Paris ; Dr Bernard (Lucien), à Paris ; professeur Bertin-Sans (Henri), à Montpellier ; Dr Blanc (Camille), à Tarascon (Ariège) ; Dr Des Bouillons (Yves), à Bayeux ; Dr Bourgeois (Pierre), à Paris ; Dr Bourgeois (Paul), à Lavarande (Algérie) ; Dr Branel (Gabriel), à Auch ; Dr Bredessac (Pierre), à Paris ; Dr Bridgman (Robert), à Paris ; Dr Brun (Amédée), à Paris ; médecin commandant Brunel (André), à Paris ; Dr Butruille (Paul), à Roubaix ; Dr Cahour (Pierre), à Château-Gontier ; Dr Carrère (Georges), à Tarbes ; médecin colonel de Chaisemartin (Gabriel) ; Dr Chantier (Camille), à Bar-sur-Seine ; Dr Chaubert (Henri), à Origny-Sainte-Benoîte (Aisne) ; Dr Chaumerlac, à Clermont-Ferrand ; Dr Clément (Robert), à Paris ; Dr Colonna (Basile), à Souk-Ahras (Algérie) ; Dr Colonna (François), à Ouéd-el-Alleng (Algérie) ; Dr Combes (René), à Grenoble ; médecin commandant Connes (Jean), à Beyrouth ; M. Courchet (Adolphe), int. des hôp. à Paris ; Dr Couve, au sanatorium de Bullion (S.-et-O.) ; professeur Cristol (Paul), à Montpellier ; Dr Dana (Gaston), à El-Biar (Algérie) ; Dr Daneel (Charles), à Gorron (Mayenne) ; Mlle le Dr Dantzig, à Paris ; Dr Daude-Lagrave (Edmond), à Mouleydier (Dordogne) ; professeur Delay (Jean), à Paris ; Dr Delbos (Louis), à Deville-lès-Rouen ; Dr Denis (Paul), au Havre ; Dr Dessausse (Paul), à Cherbourg ; Dr Djian, à Paris ; Dr Dubois (Clodomir), à Roubaix ; médecin commandant Duguet (Jacques), à Paris ; Dr Dumont (Pierre), à Paris ; M. Durand (Claude), int. des hôp. à Paris ; Dr Ebert (Georges), à Ténès (Algérie) ; Dr Elkamal (Mohamed), à Tablat (Algérie) ; professeur Foucaud (Paul), à Tours ; Dr François (René), à Versailles ; Mme le Dr Fresnel (Denise), à Hirson ; Dr Fresnel (Pierre), à Hirson ; Dr Fresney (Henri), à Montaudin (Mayenne) ; médecin commandant Fuchs (René), à Paris ; Dr Gautier (Joseph), à Dinan (Côtes-du-Nord) ; Dr Genevrier (Robert), à Paris ; Dr Gibert (Louis), au Havre ; Dr Gineste (Pierre), à Lille ; Dr Gippet (Etienne), à Cayenne ; Dr Girard, à Amiens ; professeur Giraud, à Marseille ; Dr Gomet (Charles), à Besançon ; Dr Goust (Joseph), à Ivry (Seine) ; Dr Grasset (Jacques), à Paris ; Dr Grobon (Pierre), à Paris ; Dr Guidon (Robert), à Dinan (Côtes-du-Nord) ; Dr Hamburger (Jean), à Paris ; Dr Hamon (Francisque), à Saint-Nicolas-du-Pelem (Côtes-du-Nord) ; Dr Henri Guy, professeur à l'Institut Français de Prague ; Dr Hertrich (Jean), à Oued-Marsa (Algérie) ; Dr Jaubert (Marcel), à Tuffé (Sarthe) ; Dr Jeanne (Henri), à Bayeux ; Dr Jousseaume (Raymond), à Rouen ; Dr Jung (Louis), à Zeralda (Algérie); Dr Kelle (Gaston), à Sainte-Suzanne (Mayenne) ; Dr Lacombe (Joseph), à Felleries-Liessies (Nord); Dr Lameison (Constant), à Bayonne ; Dr Leboucher (Henri), à Bayeux ; Dr Leccia (Joseph), à Tours ; Dr Leccia (Laurent), à Blère (Indre-et-Loire) ; Dr Lachaux (Jules), au Havre ; professeur Leclercq (Jules), à Lille ; Dr Lerembourg (Michel), à Sare (Basses-Pyrénées) ; Mme le Dr Lœve (Simone), à Paris ; Dr Lutembacher (René), à Versailles ; Dr Mabileau (Jean), à Paris ; professeur Margerot (Jean), à Montpellier ; Dr Michaud (Paul), à Chambéry ; professeur Minet (Jean), à Lille ; Dr Montel (Marcel), à Elbeuf ; Dr Morin (Armand), à Joué-lès-Tours ; professeur Mouriquand (Georges), à Lyon ; Dr Moussu (Arthur), à Oued-Alhmenia (Algérie) ; médecin commandant Naggiar (Jacques), à Paris ; Dr Noël (Victor), à Ernée (Mayenne) ; Dr Nouaille (Jean), à Paris ; Dr Barrique (Maurice), à Paris ; Dr Pellet (Henri), à Langeais ; Dr Pellier (Georges), à Liancourt (Oise) ; Dr Penit (Robert), à Gandeau (Aisne) ; Dr Péquignot (Henri), à Paris ; Dr Péri (Maurice), à Alger ; Dr Perrier (Pierre), à Besançon ; Dr Perrin, à Nancy ; professeur Pierret (René), à Lille ; Dr Potez (Gustave), à Rouen ; Dr Pujos (Paul), à Auch ; médecin capitaine Py, à Paris ; médecin lieutenant-colonel Ravel (Georges), à Paris ; Dr Regairaz (Marcel), à Chambéry ; Dr Revel (Gaston), à Strasbourg ; médecin lieutenant-colonel Reynaud (Henri), à Paris ; Dr Rivierez (Maurice), à Cayenne ; médecin colonel Robineau (Marcel) ; Dr Rondepierre (Jean-Jacques), à Neuilly-sur-Marne (S.-et-O.) ; Dr Ropers (Georges), à Thilouzé (Indre-et-Loire) ; Dr Rosenwald (Jean), à Paris ; médecin commandant Rousseau (Fernand), à Paris ; Mme le Dr Roy-Dauban, à Bourges ; professeur Sarrouy (Charles), à Alger ; Mme le docteur Sautier, à Paris ; professeur Sandrail (Marcel), à Toulouse ; médecin commandant Senegas (René), à Paris ; Dr Senges (Noël), à Paris ; Dr Soret (Louis), au Havre ; Dr Souvestre (Louis), à Angers ; Dr Surjus (Joseph), à Perpignan ; Dr Tilman (Pierre), à Charleville ; Dr Tognet (Alexandre), à Chambéry ; Dr Tourains-Desvaux (Ferdinand), à Valognes ; Dr Trémollières, à Paris ; Dr Viel (Emile), à Cherbourg ; Dr Villanova (Jean), à Châtillon-sous-Bagneux ; Dr Weill (Joseph), à Paris ; médecin commandant Zimmern (Claude), à Elbeuf ; Dr don Zimmet (Pierre), à Genève.

(J. O., 24 août 1946.)

Médailles d'honneur du Service de Santé

Médaille d'argent. — M. Santini (Pascal), médecin commandant ; M. Pelchot-Bacque (Louis), médecin commandant ; M. Hébrard (Henri), médecin capitaine ; M. Labry (André), médecin capitaine de réserve ; M. Bariety (Maurice), médecin capitaine de réserve ; M. Konqui (Simon), médecin capitaine de réserve.

Médaille de bronze. — M. Petitdemange (André), médecin commandant ; M. Chenebault (Jean), médecin capitaine de réserve.

(J. O., 23 août 1946.)

Défense passive de la Seine

Par décret en date du 17 août 1946, des médailles d'honneur, des mentions honorables ont été accordées et des lettres de félicitations adressées à des membres de la Défense passive de la Seine pour leur attitude courageuse lors des bombardements.

Médaille de bronze. — MM. les Drs Bidegaray, Collot, Grobon, Leuba, Quercy Vigouroux.

Mention honorable. — MM. les Drs Abeille, Beauvalet, Dufour-Lamartinie, Fleurot, Frechin, Goust, Habrekorn, Krajevitch, Larquier, Lecointre, Maire-Amero, Machebœuf, Pinalle, Ribert.

Lettres de félicitations. — MM. les Drs Beauvais, Bouchart, Coignerai, Comet, Cousyn, Crébessac, Evenou, Farah, Feliciano, Gérard (H.), Gillet, Girard (R.P.), Ismirlian, Kipfer, Laboure, Leclercq (J.V.), Leroy (C.M.P.R.), Le Sourd (F.), Migot, Mougel, Omnes, Petit (L.A.L.P.), Pujol, Rousseau (G.), Sauzier, Touchard (G.A.), Vermorel (E.E.M.), Vrasse.

Ecole d'application du Service de Santé militaire

Personnel enseignant :

1° Chaire de bactériologie et épidémiologie militaire. — Chargés de cours : MM. Jaulmes, Crosnier et Pages.

2° Chaire d'hygiène militaire. — Professeur : M. Ferrabouc ; agrégé : M. Henrion ; chargé de cours : M. Molinier.

3° Chaire de psychiatrie, médecine légale, sélection et expertises médico-militaires. — Délégué dans les fonctions de professeur : M. Coumel.

Chargés de cours : MM. Duroux et Paraire.

4° Chaire de chirurgie de guerre, appareillage et orthopédie. — Professeur : M. Talbot ; agrégé : M. Dubau.

5° Chaire de médecine opératoire et thérapeutique chirurgicale. — Professeur : M. Carillon ; agrégés : MM. Giraud et Lacaux.

6° Chaire de chirurgie spéciale. — Professeur : M. Pesme ; agrégé (O. R. L.) : M. Coudaner.

Chargé de cours : M. Boron.

7° Chaire de radiologie, électrologie, physiothérapie et radiumthérapie. — Professeur : M. Didiée ; agrégé : M. Trial.

8° Chaire de chimie appliquée a la biologie et aux expertises de l'armée. — M. Colin, chargé d'enseignement.

Education nationale

Direction de l'enseignement à Tunis. — Par arrêté en date du 18 juillet 1946, le Dr Maurice Uzan, maître de conférences à l'Ecole pratique des Hautes Etudes, est détaché, à compter du 1er janvier 1946 pour une période de cinq ans, auprès de la Résidence générale de France à Tunis (Direction de l'Enseignement).

Journées thérapeutiques de Paris

Vendredi 18 et samedi 19 octobre 1946, sous les auspices de l'Union Thérapeutique et de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie, ces deux journées se tiendront à la Faculté de Médecine, salle du Conseil. Le programme est actuellement le suivant :



LES LABORATOIRES DU
GALACTOGIL
à Villefranche (Rhône)
RAPPELLENT LEURS PRODUITS
pharmaceutiques

★ **LE GALACTOGIL**
Puissant galactogène.
A base d'extrait de galégo.

★ **LE PEPTOGIL**
Spécifique des anaphylaxies protéiques (peptones gastriques et pancréatiques).

R.-L. Dupuy

TRAITEMENT DES ANÉMIES ET DES DÉFICIENCES NEURO-ORGANIQUES

SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux gluconates de Fer et de Cuivre et à un neurotonique ataxique de synthèse : l'Ambotolyl.

MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.

SOJAMINOL
COMPRIMÉS

LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)



Laboratoires J. LAROZE - 54, rue de Paris - Charenton (Seine)





GLUCONATE DE CALCIUM
Ampoules injectables, buvables. Granulé vitaminé.

LABORATOIRES CLÉVENOT
3 RUE LAMBLARDIE . PARIS . TÉL: DORIAN 56-38

Première journée. — Vendredi 18 (9 h. et 14 h. 30), séance plénière de l'Union Thérapeutique, sous la présidence du professeur Loeper. Question à l'ordre du jour : Le fer en thérapeutique.

Rapporteurs. — Professeurs Hoet et Lederer, de Belgique : Les bases physiologiques de la thérapeutique martiale ; professeur Labarre et Dr Reuss, de Bruxelles : Le dosage du fer sérique ; professeur Mc Cance, de Cambridge, et Dr Widdowson : Action pharmacodynamique du fer ; professeur Vannotti, de Lausanne : Le fer radioactif ; professeur Wahlkist, de Stockholm : L'absorption du fer par l'intestin ; professeur Gordonoff, de Berne : Fer et acide ascorbique ; professeurs Hazard et Lemaire, La Fontaine et Mallarmé : L'introduction du fer par voie parentérale ; professeur Rietti, de Ferrare : La surveillance hématologique de la thérapeutique martiale ; professeur Blanquet, de Clermont-Ferrand : Le fer des eaux minérales.

Deuxième journée. — Samedi 19 (9 h. 30 et 14 h. 30). Séance inaugurale de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie, sous la présidence du Dr Louis Bory. Question à l'ordre du jour : La voie pulmonaire en thérapeutique et les aérosols.

Rapporteurs. — Historique : M. le pharmacien colonel Bruère ; Considérations physiologiques sur l'alvéole pulmonaire et introduction à l'étude physiologique des micro-brouillards : M. le professeur Léon Binet ; Physique, mesure, appareillage, dosage des aérosols : MM. les professeurs Dognon et Delaville ; L'aérosolthérapie : Dr Biancani, Dr Tiffeneau ; Micro-brouillards en thérapeutique hydro-minérale et climatique : professeurs Justin-Besançon et Ch. Debray ; Les micro-brouillards en hygiène industrielle : Dr Barthe, Dr Gaultier.

Un dîner réunira le soir du 19, à 20 heures, les congressistes qui pourront y souscrire le matin de la première journée.

Les personnalités qui désireraient s'inscrire pour une communication ou la discussion des rapports, sont priés d'adresser le plus tôt possible le titre et un court résumé de leur intervention, soit à M. le professeur Loeper, soit au Dr L. Bory, clinique thérapeutique, hôpital Saint-Antoine, Paris.

XXes Journées Dentaires de Paris

Le Comité d'Organisation des XXes Journées Dentaires de Paris a l'honneur de porter à la connaissance de nos confrères la date des XXes Journées Dentaires de Paris (Anciennes Journées Franco-Belges).

Cette importante manifestation professionnelle internationale se déroulera du 21 au 24 novembre 1946, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (6e), sous la présidence effective de M. le professeur Sénèque, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Les XXes Journées Dentaires de Paris revêtiront cette année un éclat tout particulier, car nous sommes déjà assurés des intéressantes collaborations des personnalités du monde médical et dentaire.

Toutes les organisations professionnelles françaises et étrangères seront représentées.

En attendant le programme définitif, nous avons le plaisir d'annoncer la participation de :

MM. les professeurs Lemaître, Laignel-Lavastine, Ribadeau-Dumas, Alajouanine, Huguenin ; MM. Mathieu-Pierre Weill, Jean Rachet, Gérard Maurel, Aubin, Dufourmentel, Blechmann, Marcel Ferrier, Jacques Filderman, René Weil, Marcel Rachet ; M. le professeur Hess, directeur de l'Ecole Dentaire de Zurich ; MM. Jaccard, de Genève ; Bircher, de Zurich ; Nord, d'Utrecht ; Schutte, de Hollande ; M. le professeur Schindler, de Bâle ; MM. Watry, de Bruxelles ; Brabant, de Liège.

De nombreuses visites dans les centres hospitaliers de la capitale seront effectuees par les congressistes.

Le programme des festivités sera également particulièrement attrayant.

Une importante exposition de MM. les Fournisseurs. Leurs stands d'exposition ne manqueront pas d'attirer, comme les années précédentes, de nombreux confrères qui s'intéresseront aux nouveautés et créations de notre spécialité.

Pour les communications et la correspondance, s'adresser à M. René Sudaka, secrétaire général des XXes Journées Dentaires de Paris, 143, avenue Emile-Zola, Paris (15e). Ségur 40.99.

Pour les adhésions, à M. Blaisot, trésorier, 5, place Voltaire, Paris (11e). Roquette 84-01.

Le prix de la carte de congressiste obligatoire est fixé à 100 francs.

Société Française d'Hygiène Scolaire

Tous les médecins qui s'occupent d'hygiène scolaire ou universitaire, fonctionnaires ou praticiens isolés ou appartenant déjà à une Société scolaire locale, sont invités à adhérer à la Société Française d'Hygiène Scolaire. La première Assemblée générale aura lieu à Paris le mercredi 25 septembre 1946, à 18 heures, 15, rue de la Bûcherie (5e).

Adresser les adhésions au Secrétaire général adjoint, docteur Pierre Delthil, 46, rue de Naples, Paris (8e), pour recevoir l'ordre du jour et un bulletin de vote (élection du bureau définitif).

Le bureau provisoire : Docteur E. Lesné, président ; Docteurs Turpin et Douady, vice-présidents ; Docteur Laufer, secrétaire général.

Société Française de Gynécologie

Pour coïncider avec le Congrès de Chirurgie, la séance de rentrée a été fixée au lundi 7 octobre, à 17 heures, à la Faculté de médecine, salle Pasteur. Les séances ultérieures auront lieu, comme par le passé, le troisième lundi de chaque mois.

La Société Médico-Chirurgicale des hôpitaux libres a procédé à l'élection de ceux d'entre ses membres chargés de l'enseignement.

Nous notons : Anesthésie : M. Maroger. — Broncho-œsophagoscopie : MM. Soulas, Guisez. — Appareil circulatoire : MM. Giroux, Lütembacher, Yacoël. — Dermato-syphiligraphie : MM. Desaux, Renault, Clément Simon, Vernes. — Gastro-entérologie : MM. Antoine, Baumel, Delort, Jacquelin, Savignac, Ribardière. — Gynécologie obstétrique : MM. Auclair, Cleisz, Courtois, Vaudescal, F. Viala. — Chirurgie générale : MM. Beaussenat, M. Bonamy, Denet, de Fourmestreaux, Iselin, Lamarre, Larget, Le Gac, Luquet, Masmonteil. — Chirurgie esthétique : MM. Dufourmentel, Montant. — Chirurgie osseuse : MM. Calvé, Ducroquet, Lamy, Rœderer, Trèves. — Podologie : MM. Berthet, Gellé, Charry, Wallet. — Hématologie : M. Yacoël. — Homéopathie : MM. Noailles, Renard. — Hydrologie : MM. Maurice Uzan, du Pasquier, Baillet, Forestier, Siguret. — Laboratoire et biologie : MM. Grigaut, Prétet, Mme François. — Endocrinologie et nutrition : MM. Ferrier, J.-A. Huet, G. Godlewski, Béclère. — Biotypologie : M. Martiny. — Médecine générale : MM. Descomps, Viard. — Médecine tropicale : M. Maurice Uzan. — Neurologie et neuro-chirurgie : MM. Guillaume, Lhermitte, Morlaas. — Psychiatrie : MM. d'Heucqueville, Logre, Parcheminey, Gilbert Robin. — Ophtalmologie : MM. Gallois, Hudelo, Subileau. — Oto-rhino-laryngologie : MM. Abrand, Bonnet-Roy, Eyries, Garde, Grain, Le Mée, Moulonguet, Tarneaud, Winter. — Pédiatrie : MM. Blechmann, François, Dayras, Gimault. — Phlébologie : MM. Chailly, Tournay. — Appareil respiratoire et tuberculose : MM. Fourestier, Périsson. — Radiologie et agents physiques : MM. Coliez, Denier, S. de Nabias, Nemours-Auguste, Rubens Duval, Wickham. — Stomatologie : MM. Gérard Maurel, Vincent. — Urologie : MM. Luys, Nora, P.-J. Viala, Wolfrom. — Etudes para-médicales : MM. Bonnet-Maury, Jean Painlevé, Jean Rostand.

Second Congrès sud-américain de neurochirurgie

Le second Congrès sud-américain de neurochirurgie aura lieu en avril 1947, à Santiago de Chili. Les différents sujets ont été répartis entre les services neurochirurgicaux de l'Argentine, du Brésil, du Chili, du Pérou et de l'Uruguay, et des rapports seront consacrés :

1° A l'hydrocéphalie ;

2° A l'histologie des tumeurs cérébrales en relation avec la clinique ;

3° Aux abcès du cerveau.

En outre, des séances seront consacrées

à l'exposé de communications, de démonstrations pratiques et de projections cinématographiques. Les organisateurs espèrent la présence à ce Congrès des neurochirurgiens du monde entier, dans le but d'organiser les Congrès internationaux futurs qui pourraient avoir lieu tous les cinq ans dans les divers pays.

Le secrétaire général du Comité exécutif de ce Congrès est le Dr Alfonso Asenjo, F. R. S., F. A. C. S., directeur de l'Institut central de neurochirurgie, à Santiago de Chili.

Nécrologie

— Le médecin lieutenant-colonel en retraite, Léon Galley, ancien professeur à l'Ecole de Médecine de Téhéran, décédé aux Riceys (Aube), le 28 août 1946.

— Le Dr Haller, directeur de l'Etablissement thermal de Vichy, décédé le 15 août. Notre regretté confrère était le dernier survivant de la mission africaine Foureau-Lamy.

— Le Dr André Chennevière, ancien interne des hôpitaux de Paris, ophtalmologiste au Havre, décédé à Dieppe le 29 août 1946 dans sa 46e année.

— Le Dr Dubar, officier de la Légion d'honneur, président du syndicat des O.R.L. français, décédé à Oisy-le-Verger (Pas-de-Calais), le 27 août 1946.

— Le professeur Giovanni Battista Lasio, le maître de l'urologie italienne, décédé à Milan le 29 avril 1946.

A la mémoire de Marfan

La translation des cendres du professeur Marfan, ancien président de l'œuvre Grancher, vient d'avoir lieu le 4 septembre à Castelnaudary, son pays natal. Avant l'inhumation définitive, un service religieux a été célébré à la Collégiale Saint-Michel de Castelnaudary. Après la cérémonie, une plaque commémorative a été apposée sur la maison natale de Marfan, 6, rue du Palais, à Castelnaudary. Des discours ont été prononcés par le Dr Armand-Delille, au nom de l'Académie de médecine et de l'œuvre Grancher ; par M. Maurice Mordagne, au nom des amis de Marfan ; par M. le maire de Castelnaudary ; par M. le professeur Sorel, de Toulouse, enfin par M. le préfet de l'Aude.

COURS

Clinique de la tuberculose. — Hôpital Laënnec (Professeur : M. Etienne Bernard). — Nous rappelons qu'un « Cours en vue de l'examen d'aptitude aux fonctions de Médecin des Services antituberculeux publics et privés » sera fait du 14 octobre au 3 novembre 1946, et qu'il sera suivi du 25 novembre au 7 décembre 1946 d'un cours et de travaux pratiques sur « Les méthodes de laboratoire appliquées au diagnostic de la tuberculose.

Droits d'inscription : 1.000 francs pour le premier cours, 1.000 francs pour le second cours et 1.500 francs pour l'ensemble des deux cours.

Renseignements : à la Clinique de la tuberculose.

Inscriptions : au Secrétariat de la Faculté de Médecine (guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Clinique obstétricale de la Faculté de Médecine de Bordeaux (Professeur : Marc Rivière). — Un cours de perfectionnement d'obstétrique aura lieu du 21 au 26 octobre 1946 avec la collaboration de M. le Professeur agrégé Mahon, de M. le Professeur H.-L. Rocher, de MM. les Professeurs agrégés Broustet, Massé et Saric, de MM. Demange, G. Duhourg, G. Faugère, Marcel Traissac, des chefs de clinique, de l'interne et des externes du service.

Tous les cours ont lieu à l'hôpital André-Boursier, 22, cours de la Marne. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté de Médecine de Bordeaux. Droits : immatriculation : 300 francs, bibliothèque : 200 francs, travaux pratiques : 500 francs.

INTERETS PROFESSIONNELS

CONFEDERATION DES SYNDICATS MEDICAUX FRANÇAIS

Accidents du travail agricoles

L'arrêté du 27 juillet 1946 (J. O. 31 juillet, page 6.800), au sujet des honoraires en matière d'accidents du travail agricole, a provoqué quelques commentaires, évidemment embarrassés et même inexacts, pour la raison très simple que le texte de l'arrêté a été mal établi.

Il est évident, en effet, qu'il y a erreur manifeste : les mots « ticket modérateur » étant employés, au lieu du mot « abattement » ou « réduction ». Il n'y a pas, en matière d'accidents du travail, de ticket modérateur puisque les soins sont entièrement gratuits.

C'est ce que le secrétaire général de la Confédération est allé expliquer au ministère de l'Agriculture.

Un nouveau décret — rectificatif — va donc paraître incessamment.

Une circulaire adressée aux syndicats départementaux donne, à ce sujet, les explications utiles.

En résumé, il faut considérer qu'il y a identification pour les accidents du travail agricole avec les accidents du travail, commerce ou industrie, avec cette différence que les honoraires et tarifs sont actuellement encore et pour quelque temps, fixés par les Caisses mutuelles départementales d'Assurances sociales agricoles, et non par une Commission nationale tripartite.

Ces Caisses ont d'ailleurs reçu comme instructions, d'aligner exactement leurs tarifs sur ceux des Assurances sociales.

L'application des nouveaux barèmes a pris effet le plus souvent, à la date du 1er juin, mais il peut y avoir localement quelques différences de dates. Les syndicats départementaux doivent s'informer auprès des Caisses mutuelles agricoles départementales, et discuter ce point localement.

Ces précisions seront, nous l'espérons, de nature à intéresser tous les médecins de campagne.

Certaines anomalies persistent dans les deux arrêtés (Travail et Agriculture), comme le fait de payer plus cher la consultation à l'hôpital ou au dispensaire, que chez le médecin traitant.

La Confédération demandera sur ce point les explications nécessaires, et les rectifications utiles.

Article 64

Nous avons enfin obtenu l'assimilation des soins aux bénéficiaires de l'article 64 de la loi des Pensions, au système de la Sécurité sociale, exactement comme en matière d'accidents du travail, avec effet du 1er juillet 1946.

Les médecins doivent donc remplir les carnets, en portant sur le talon, et au besoin sur l'ordonnance, lisiblement, les notations de la nomenclature : C, V, PC, K, I.K., etc.

Fisc

Une commission ministérielle qui siégera en septembre est saisie des demandes de la Confédération, dont l'essentiel est : l'abattement à la base, que nous demandons de 60.000 au lieu de 10, et l'abattement de la cédule professionnelle, 16 ou 17 % au lieu de 21 %.

Le Secrétaire général :
Dr P. Cibrie.

Communiqué du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins

Séance du 4 juillet 1946

Les honoraires des médecins d'administration ou de collectivités. — Le Conseil départemental de l'Ordre estime que les honoraires des médecins de l'O. P. H. S. et de l'état civil, des électro-radiologistes, des médecins experts, des vaccinateurs et, d'une manière générale, de tous les médecins recevant leurs honoraires d'une Administration ou d'une collectivité, doivent toujours avoir pour base le paiement à l'acte. Un minimum d'actes par vacation doit être garanti et l'honoraire par acte doit être en principe au moins égal au tarif de responsabilité des Caisses.

La nouvelle installation de l'Ordre. Propositions au Conseil régional et à la Chambre syndicale. — Après étude complète des plans de l'hôtel acquis rue Euler et de la valeur locative des différentes pièces, le Conseil a décidé de faire immédiatement des propositions précises de sous-location au Conseil régional et à la Chambre syndicale, considérant qu'il est du plus grand intérêt pour tous les confrères que ces organismes soient logés dans des locaux voisins, voire identiques.

Rôle du contrôle technique. — Le Conseil estime, après avis de la Commission de juridiction, que les plaintes examinées par le contrôle technique doivent toutes lui être transmises. Il est seul qualifié pour statuer et transmettre éventuellement les dossiers, soit à la Commission d'admonestation, soit au Conseil régional.

La réforme de l'ordonnance du 19 octobre. — Le Conseil, sur la proposition de la Commission des assurances et sécurité sociales, a accepté la proposition suivante de modification de l'article 13 de l'ordonnance : Tout praticien ou auxiliaire médical qui demande à un assuré social des honoraires notablement ou systématiquement supérieurs aux honoraires minima fixés par le Syndicat médical départemental, peut, à la requête d'un assuré, être invité à justifier des motifs de ce dépassement, tels que la situation de fortune de l'assuré, la notoriété du praticien ou autres circonstances particulières. Ces justifications sont soumises aux juridictions professionnelles selon la procédure prévue aux articles 100 et suivants, sans préjudice, de la part de l'assuré, du recours à la juridiction de droit commun. Une adjonction au premier paragraphe de l'article 101 de l'ordonnance a été également demandée par le Conseil dans ces termes : Les Conseils régionaux visés à l'article 100 peuvent être saisis, soit par les services ou organismes de sécurité sociale, soit par les Syndicats de praticiens, **soit par les Conseils départementaux de l'Ordre en ce qui concerne les médecins, les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes** (l'adjonction comporte les mots soulignés).

Soins aux accidentés dans des locaux administratifs. — Le ministre de l'Armement a chargé deux médecins-conseils de donner des soins aux accidentés du travail et a sollicité l'assentiment du Conseil de l'Ordre. Le Conseil fait une réserve sur le fond de la question. En effet, les soins aux accidentés dans les locaux de leur employeur, quel qu'il soit, sont en principe interdits, puisque contraires au libre choix. Le Conseil départemental a décidé de renvoyer la question au Conseil national pour décision en émettant pour sa part un avis défavorable.

Compte rendu succinct de la séance du 21 juillet 1946 du Comité de coordination et du Comité intersyndical des médecins de la région parisienne

Le Comité de Coordination des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins de la région parisienne, sous la présidence du Dr Tissier-Guy, puis le Comité intersyndical des médecins de la région parisienne, sous la présidence du Dr Vaslin, ont tenu successivement leur réunion le dimanche 21 juillet 1946, à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

Les questions d'assurances sociales ont fait l'objet principal des débats, tant au Comité de coordination qu'au Comité intersyndical. Après avoir fait un exposé de la situation actuelle dans leur département respectif, les assistants ont constaté que jusqu'à maintenant, malgré certaines réactions ministérielles un peu vives, aucune difficulté sérieuse ne s'était produite et que le fonctionnement des assurances sociales, du point de vue médical, était resté sensiblement le même que par le passé. Jusqu'à présent, dans les cinq départements de la région parisienne, les Caisses de sécurité sociale ne paraissent pas avoir déposé de plaintes contre les médecins pour des dépassements d'honoraires.

Examinant ensuite le projet de modifications à l'ordonnance du 19 octobre 1945, établi le 23 juin 1946 par le Conseil d'administration de la Confédération des Syndicats médicaux, le Comité de coordination et le Comité intersyndical, chacun pour ce qui le concerne, en ont approuvé la plus grande partie et ont retenu quelques articles sur lesquels ils ont décidé d'attirer l'attention des Syndicats départementaux de la région.

Les assistants ont pris, d'autre part, connaissance du texte d'un modus vivendi transitoire établi par la Commission spéciale dite « des dix » et par le Conseil d'administration de la Confédération pour le laps de temps peut-être encore long qui s'écoulera avant que le Parlement ait voté les modifications à l'ordonnance réclamées par le Corps médical.

Ont été enfin examinées un grand nombre de questions parmi lesquelles : celles de l'application éventuelle au Corps médical de la dangereuse loi du 23 mai 1946 portant généralisation de la Sécurité sociale, celle de la répartition au compte-goutte des voitures neuves ; et celle de l'application de la loi du 21 décembre 1941 dans les hôpitaux publics de la région parisienne.

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des médecins

Communiqué à la presse. — Le Conseil, estimant qu'une plus grande rapidité d'information est nécessaire et souhaitable, décide qu'à l'avenir le communiqué à la presse sera adopté sous la responsabilité du président et du secrétaire général pour qu'il puisse être adressé plus tôt aux journaux.

Dispensaires municipaux. — Le Conseil a chargé la Commission des contrats d'examiner dans quelles conditions des médecins exercent leur art dans des dispensaires municipaux créés à Argenteuil et au Kremlin-Bicêtre et dans lesquels des soins sont donnés à tous les citoyens, quelle que soit leur situation sociale, à des tarifs notablement inférieurs aux honoraires syndicaux minima.

Dépôt légal. — 1946. — 3e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 19. — SAMEDI 5 OCTOBRE 1946 — 119e ANNEE — Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr.; Etranger, 400 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

ABONNEMENTS

Nous serons reconnaissants à nos abonnés de ne pas attendre le dernier moment pour nous adresser leurs renouvellements.

Prix de l'abonnement : France et colonies, un an 250 fr. ; étudiants, un an 125 fr. ; étranger, 400 francs.

Chèques postaux Paris 2538-76.

Prière de bien vouloir écrire **très lisiblement** *les noms et les adresses.*

INFORMATIONS

Centenaire de la Société nationale de Chirurgie. — La Société nationale de Chirurgie (actuellement Académie de Chirurgie), a été fondée il y a cent ans. La commémoration de sa fondation aura lieu à l'Hôtel de Ville, le mercredi 9 octobre 1946, à 17 h. 30, sous la présidence de M. le professeur A. Basset, président de l'Académie de Chirurgie.

Hommage au professeur Leriche

La remise d'une épée d'honneur à M. le professeur Leriche aura lieu le jeudi 10 octobre prochain, à 11 heures, au Collège de France, sous la présidence de M. le recteur Roussy.

HOPITAUX DE PARIS

Concours de l'Internat en médecine 1946

JURY DES ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ

MM. Faure-Beaulieu, Léchelle, Kourilsky, Deparis, Klotz (Henry), médecins ; Mondor, Bergeret, Menégaux, Aboulker, Mathey, chirurgiens ; Lantuéjoul, gynécologue accoucheur ; Loiseau, O. R. L.

Internat en pharmacie. — Le concours de l'internat en pharmacie s'ouvrira le mercredi 18 décembre 1946, à 9 heures du matin, à la Faculté de pharmacie, 4, avenue de l'Observatoire, Paris (6e).

Inscriptions du 25 octobre au 13 novembre inclus à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de Santé, 2e étage), tous les jours, samedis, dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures.

Concours pour 6 places **d'assistants** d'E. R. des Hôpitaux de Paris. Ce concours s'ouvrira le 22 novembre 1946, 3, avenue Victoria.

Inscriptions du 28 octobre au 8 novembre inclus au bureau du Service de Santé de l'Administration, 3, avenue Victoria.

Concours pour la nomination à huit places au maximum **d'attachés** d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris.

Ce concours sera ouvert le 7 novembre 1946. Inscription du 7 au 18 octobre inclusivement.

Hôpitaux communaux et intercommunaux de Seine, Seine-et-Oise et Seine-et-Marne

Le concours normal de l'Internat de ces hôpitaux, qui a eu lieu en juillet et dont nous avons donné la liste d'admissibilité, s'est terminé par les nominations suivantes, par ordre de mérite :

MM. Château, 57 ; Guillaumin, 55 ; Caine, 54 ; Vanderpooten, 54 ; Mariette, 53 ; Avril, 53 ; Martin (Pierre-Albert), 53 ; Forès, 53 ; Téqui, 52 ; Fontaine, 51 ; Goujon, 50 ; Cruciani, 50 ; Etienne, 49 ; Roisin, 49 ; Vidal, 49 ; Delatre, 46 ; Girard, 46 ; Lécuyer, 46 ; Roussillon, 46 ; Michel, 46 ; Landréat, 46 ; Picard, 46 ; Bézard, 45 ; Le Bailly, 45 ; Jeanbourquin, 45 ; Closier, 45 ; Collot, 45.

FACULTES DE MEDECINE

Le préciput des doyens. — A compter du 1er février 1945, le taux annuel du préciput, soumis à retenues pour pensions civiles, attribué aux doyens est porté à :

Doyens des Facultés de l'Université de Paris : 40.000 francs.

Doyens des Universités des départements : 32.000 francs.

Retraite. — Sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite :

MM. les professeurs Olmer (Aix-Marseille) ; Aboulker (Alger) ; Tavernier (Lyon) ; Boudet et Jeanbrau (Montpellier) ; Ambard, Pautrier et Redslob (Strasbourg).

M. Rémy, assistant à Nancy.

Ecoles de médecine

Retraite. — Sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite MM. les professeurs Guillaume (Louis) (Tours) ; Denechau (Angers) ; Metzger (Angers) ; M. Castagnary, chef de travaux à Nantes.

Muséum national d'histoire naturelle

M. le Dr Decerisy est délégué dans les fonctions d'assistant au Laboratoire d'anatomie comparée.

LEGION D'HONNEUR

SANTÉ PUBLIQUE. — **Officier.** — Le Dr Leclainche, inspecteur général au ministère de la Santé publique, directeur départemental de la Santé de la Seine.

INTERIEUR

Récompenses pour actes de courage et de dévouement (Défense passive)

MÉDAILLE D'ARGENT. — M. le Dr Mevel, de Relecq-Kerhuon (Finistère).

MENTION HONORABLE. — M. le Dr Roger Houillon, d'Epinal (Vosges).

GUERRE

Citation. — Le ministre des Armées cite à l'ordre du régiment :

Les services sanitaires de la Défense passive de la région de Paris :

« Groupement qui, pendant l'occupation, « s'est dépensé sans compter au service de « la population. Pendant la semaine glo- « rieuse de la Libération de Paris, a fait « preuve de magnifiques qualités de dé- « vouement, de courage et d'abnégation, « luttant, au milieu des mines, pour arra- « cher les Français à la mort.

« A inscrit à son palmarès une longue « liste de tués, fusillés et blessés, s'est

« montré digne de ceux qui combattaient « les armes à la main. »

Cette citation comporte l'attribution de la Croix de guerre avec étoile de bronze.

Fait à Paris, le 23 août 1946.

Signé : MICHELET.
(Décision n° 289).

Service de Santé (Réserve). — Le J. O. du 14 septembre publie un décret rayant des cadres les officiers de réserve du Service de Santé ayant atteint l'extrême limite d'âge de leur grade et admis à l'honorariat.

EDUCATION NATIONALE

Médecine préventive. — Le J. O. du 14 septembre publie un décret portant le taux de la participation de l'Etat aux dépenses de médecine préventive et d'œuvres en faveur des étudiants, à compter du 1er janvier 1946, à 75 fr. par étudiant examiné.

Le droit annuel représentant la participation des étudiants à ces mêmes dépenses est porté à 100 fr. par étudiant à partir du 1er octobre 1946.

Hygiène scolaire. — Concours de médecin inspecteur régional : Sont nommés membres du jury de ce concours : M. le Dr Douady, président ; M. le Dr Féret ; M. le professeur Joannon ; Mlle le Dr Danzig, M. le Dr André Meyer, membres.

Secrétaire administratif : M. le Dr Bidault des Chaumes.

(J. O., 12 sept. 1946.)

Conseil national de l'Ordre des médecins. — Le Dr Douady, directeur de l'Hygiène scolaire et universitaire, a été désigné pour représenter le ministre de l'Education nationale au Conseil national de l'Ordre des médecins.

(J. O., 12 sept. 1946.)

Santé publique

Médecins consultants régionaux de pédiatrie. — M. le Dr Bernheim, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, est nommé médecin consultant regional de pédiatrie pour la région de Dijon.

Nouveau modèle du certificat prénuptial

Un arrêté (J. O., 15 sept. 1946) modifie le modèle du certificat d'examen médical avant mariage.

NOUVEAU MODELE
du
certificat d'examen médical avant mariage

Je soussigné docteur en médecine...... ....certifie avoir examiné en vue du mariage :

Mademoiselle .... (1)
Madame ....
Monsieur ....

Avant de délivrer le présent certificat, je déclare avoir pris connaissance des résultats des examens :

1° Radioscopique ou radiographique (1) effectué par le dispensaire public de... (2) ou par le docteur.......................... (3) médecin agréé à cet effet.

2° Sérologique effectué par le laboratoire agréé de.............................. (2) et avoir fait part à l'intéressé de mes constatations.

A ...., le...............

(1) Rayer la mention inutile.
(2) Indiquer le dispensaire ou le laboratoire.
(3) Indiquer le nom du médecin.

XLe Congrès Français d'Urologie

Paris, 7 au 11 octobre 1946
au Petit Amphithéâtre
de la Faculté de Médecine

Séance d'ouverture : lundi 7 octobre, à 10 heures.

Allocution de M. le Dr Gouverneur, président du Congrès.

Rapport de M. le Dr Michon, secrétaire général.

A 16 h. 45 : Exposé par M. le professeur Auvigne et M. le Dr Viollet, de leur rapport sur : Les résultats de la néphrostomie.

Assemblée générale : mardi, 8 octobre, à 16 h. 30 :

Proclamation du prix Taesch.

XXVIe Congrès d'Hygiène

(Institut Pasteur - 21 octobre 1946)

Le Congrès annuel d'Hygiène aura lieu au Grand Amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le Dr Dujarric de la Rivière, sous-directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine.

Le Congrès sera ouvert par M. le Ministre de la Santé publique, le lundi 21 octobre 1946, à 9 h. 30. (La durée des travaux sera définitivement fixée le 1er octobre).

Les questions inscrites à l'ordre du jour sont :

A. — L'HYGIÈNE DE L'HABITATION :

a) L'Hygiène dans les constructions en général ;

b) L'Hygiène dans la construction et le fonctionnement des hôpitaux.

(Conceptions françaises et étrangères).

B. — LES MÉTHODES DE SERO-RÉACTION DANS LE DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS :

Leurs techniques ; leurs valeurs respectives.

Secrétariat général : Société de médecine publique et de génie sanitaire, 1, avenue Victoria, Paris (4e).

Groupement de phtisiologie infantile

La première réunion aura lieu le lundi 18 novembre, à 9 heures, dans le service de Polyclinique infantile du professeur Debré, à l'hôpital des Enfants-Malades.

Le professeur Debré ouvrira la séance et parlera de l'aspect radiologique du thorax au cours de la tuberculose initiale ; des rapports seront présentés sur le même sujet. Le professeur Sorrel traitera des erreurs de diagnostic du mal de Pott chez l'enfant. L'après-midi, la séance sera consacrée à la discussion des rapports et à des communications sur d'autres sujets.

S'inscrire avant le 1er novembre, auprès du Dr Löwys, le Roc-des-Fiz (Haute-Savoie), pour les communications à présenter, ainsi que pour participer éventuellement au repas en commun.

Un numéro spécial de la Revue « Pédiatrie » donnera le compte rendu de cette journée médicale. En vue d'établir une bibliographie de phtisiologie infantile, les auteurs de travaux sur ces sujets sont priés d'adresser les références voulues.

Les prochains Congrès
Paris 1946

4-5 octobre. — XIIe Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française. Président : M. Le Lorier.

7-11 octobre. — XLIXe Congrès français de Chirurgie. Président : M. de Fourmestraux (Chartres) ; vice-président : M. Baumgartner (Paris). Président d'honneur : M. le recteur Roussy. Ouverture le 7, à 14 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

7-11 octobre. — Congrès de l'Association française d'Urologie. Président : M. Gouverneur (Paris). Ouverture le 7 à 16 heures. Petit amphithéâtre.

9-12 octobre. — IVe Congrès des Médecins électro-radiologistes de langue française. Président : M. Delherm. Amphithéâtre de physique.

11-12 octobre. — XXIe réunion de la Société française d'Orthopédie et de Traumatologie. Président : M. Marcel Lance.

La séance d'ouverture aura lieu le 11, à 9 heures, à l'hôpital des Enfants-Malades, les autres séances à la Faculté de Médecine, amphithéâtre Vulpian.

18-19 octobre. — Journées thérapeutiques de Paris. Président : M. Loeper.

18-19 octobre. — Congrès français de Médecine légale. Secrétaire général : Professeur Piédelièvre.

(Voir la suite des informations p. 421.)


BACTERAMIDE
PARA - AMINO - BENZÈNE - SULFAMIDE


COLLARGOPHÉDRINE
BIODARCINE
HÉPAVITA
ÉPHÉDROCURE
CALYPTOPHÉDRYL
SOLUPHÉDRINE
MINERVOL
ANTALGYL
PANFLUINE
PANSMACOL
STRONGÉNOL
AMPHOSTABYL
AÉROCOLYL
AURIXÉMA
LABORATOIRES M. DE RIVE
83 RUE St CHARLES · PARIS 15e


UNE FARINE
véritablement
MALTÉE
La Farine SALVY subit en cours de préparation, et sous le contrôle d'un pharmacien, une action diastasique effective. Les éléments amylacés sont en grande partie transformés en sucres solubles, maltose et dextrines.
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MÉMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIÉTÉTIQUE INFANTILES.
Farine DIASTASÉE
SALVY
Préparée par BANANIA
ALIMENTATION DU NOURRISSON



INNOVATIONS
innothéra
THÉRAPEUTIQUES
MUCINUM
LAXATIF DOUX
1 à 2 comprimés par jour
INNOTHÉRA, 54, AVENUE PAUL-DOUMER, ARCUEIL (SEINE)

REVUE GÉNÉRALE

QUELQUES DONNÉES RÉCENTES SUR LES TUMEURS A MYÉLOPLAXES DES OS

par Marcel Lance

Comme le remarquaient J. Delarue et P. Denoix, après la communication de Paul Lecène à la Société de Chirurgie de Paris en 1925, la thèse de Huet la même année et le mémoire de von Albertini (Die Riesenzellentumoren. Leipzig 1928), il semblait que l'histoire de ces tumeurs bénignes étaient bien fixée quant à la description clinique et à la thérapeutique chirurgicale, consistant en un curettage minutieux de la cavité suivi de son bourrage avec des greffons. Des travaux parus depuis une dizaine d'années sont venus modifier nos conceptions sur l'évolution de ces tumeurs et sur leur traitement. Nous allons esayer de les résumer.

Un premier point reste acquis, c'est la nature bénigne de l'affection. Le diagnostic clinique et radiologique avec l'ostéosarcome reste difficile et l'erreur peut être faite dans les deux sens opposés. On a pu prendre pour un sarcome une tumeur à myéloplaxes en s'appuyant sur l'aspect radiologique. Si, par suite de l'expansion progressive de la tumeur, la mince coque osseuse s'amincit tellement qu'elle finit par disparaître par places sur le cliché, il reste toujours une couche fibreuse plus ou moins crétacée, et jamais envahissement des parties molles, aucune réaction périostique. En particulier au niveau de la jonction avec la diaphyse, il ne se produit pas ces spicules périostiques « en feu de paille » caractéristiques des sarcomes. L'aspect de rupture de la corticale osseuse à la radiographie n'exclut nullement le diagnostic de T à M. (Gouverneur, Ombrédanne, Mocquot, Fredet-Dujarier, Mouchet) et ne justifie pas une amputation comme on a pu le faire jadis sur ce seul signe.

On ne doit pas porter ou infirmer le diagnostic de T à M. sur le seul vu d'un cliché radiographique, comme le prouve le cas d'Augé et Roux cité par P. Moulonguet dans lequel la radio montrait un aspect typique d'ostéo-sarcome et cependant les coupes histologiques révélèrent une T à M.

Heureusement, comme le remarquent R. Loicq, P. Cogniaux et A. Van Wien, le diagnostic est confirmé par le début du traitement : s'il est chirurgical par la biopsie ; s'il est radiologique par « une amélioration subjective nette » dès la première ou deuxième séance d'irradiation dans le sarcome, alors que la T à M. « réagit au contraire par une exacerbation momentanée des douleurs avec poussée congestive ».

Que penser de la transformation d'une T à M. en ostéosarcome, sur laquelle insiste Ewing, avec possibilité de généralisation ? Les cas publiés sont mis en doute par P. Moulonguet : les observations sont incomplètes, le diagnostic porte sur un seul cliché radiographique ou sur les seules coupes histologiques. Loicq, Cogniaux et Van Wien sont du même avis et remarquent que les métastases ne reproduisent pas le type histologique des T à M. : il s'agit de sarcomes vrais ; ce sont des erreurs de diagnostic.

***

Un autre point a été mis en évidence par les travaux récents. Si les T à M. restent des tumeurs bénignes, tous les cas ne se comportent pas de la même façon en face du traitement chirurgical ou de la radiothérapie.

J. Delarue et F. Denoix distinguent : 1° une *forme régressive* dans laquelle le traitement chirurgical préconisé par Lecène présente une efficacité remarquable « sans qu'il soit même nécessaire d'y adjoindre une physiothérapie ; 2° des *formes tenaces* dans lesquelles l'opération chirurgicale est suivie de *récidive*. Il faut bien noter ici qu'il s'agit d'une opération correcte, c'est-à-dire un évidement complet à la curette, suivi d'un bourrage complet de la cavité avec des greffons souples et non d'un évidement incomplet qui constitue une erreur de technique et après lequel une récidive est inévitable. Ces cas ne cèdent qu'à des évidements itératifs associés à la radiothérapie ou à la curiethérapie; 3° enfin, plus rarement, des *formes extensives* qui sont défavorablement influencées par le traitement chirurgical. L'évidement est suivi d'une poussée se traduisant par des douleurs, une augmentation énorme du gonflement avec peau tendue, mince, violacée. L'aspect radiologique, avec l'amincissement de la coque périphérique et sa rupture évoque l'aspect d'une tumeur maligne. La curiethérapie reste inopérante, une amputation s'est imposée dans deux cas cités par les auteurs.

Les exemples de *récidive* après opération ne sont pas rares. Clavelin et Sarroste (1938) en rapportent deux cas. Tavernier sur 8 cas d'évidement complet a vu 2 récidives qui se sont produites après 3 et 5 ans de guérison clinique complète, bien qu'au début de six mois la radiographie ait montré une restauration osseuse parfaite. Alb. Mouchet évalue les échecs du curettage à 10 ou 15 %.

La forme rapidement *extensive* a amené P. Moulonguet (1939), pour une T à M. de l'extrémité inférieure du fémur qui, après opération présentait une extension rapide du processus et, après échec des Rx, le malade refusant l'amputation, à pratiquer une résection large, puis, secondairement, une consolidation par greffe. Le malade reste guéri avec une pseudarthrose. Dans une T à M. de même, localisation avec fracture, Ph. Rochet (1941) a effectué avec succès une résection arthrodèse du genou.

L'amputation de cuisse pour des T a M. de l'extrémité supérieure du tibia menaçant de s'ouvrir dans le genou s'est imposée à divers auteurs : Alb. Mouchet et Rœderer (1928). professeur Mathieu (1936), professeur Tavernier (1942), deux cas l'un après évidement et radiothérapie, l'autre après radiothérapie seule, J. Sénèque, Roux et Morel-Fatio (1944). Dans ce dernier cas, la tumeur, évidée le 5 février 1943, avait subi au bistouri électrique deux nouvelles opérations le 4 juin et le 23 juillet, ainsi que 40 séances de Rx avec un total de 12.000 *r.* entre le 15 septembre et le 8 novembre. Cette « radiothérapie à forte dose a eu un rôle aggravant qui paraît indiscutable », amputation le 18 décembre.

Les obs. II et IV de J. Delarue, P. Denoix concernent des T à M. de l'extrémité inférieure du radius dont l'extension rapide ne fut arrêtée ni par un curettage complet avec greffes et une série d'application de radium chez le premier, un curettage sans greffe et les Rx chez le second. Dans les 2 cas, une amputation fut pratiquée. L'examen des pièces confirme le diagnostic de T à M.

***

Les tumeurs à myéloplaxes sont très sensibles à l'action des Rx. C'est même une propriété qui sert à les différencier des kystes osseux que ne modifie pas la radiothérapie. Cette action thérapeutique est-elle conservée dans les formes récidivantes ou extensives dont nous venons de parler ? Existe-t-il des formes radio-résistantes ?

Une remarque préliminaire s'impose : les modalités de cette thérapeutique ont été très variables quant aux doses employées, répétition des séances ; les cas ne sont pas comparables entre eux.

Les cas isolés d'Alb. Mouchet, P. Moulonguet, Sénèque avaient été traités par des Rx : le malade de Mouchet avait eu « quelques séances », un malade de Delarue et Denoix avait reçu en quinze jour 2.400 *r.* en 2 champs, celui de P. Moulonguet avait reçu une dose de 5.500 *r.* répartis en 2 séries de séances à faible dose et espacées, quant au malade de Sénèque il avait reçu 12.000 *r.* en 40 séances, dose énorme et excessive.

Plus intéressantes sont les séries de cas traités et suivis par le même auteur.

La professeur Tavernier sur ses 27 observ. compte 10 cas traités par la radiothérapie seule avec 7 guérisons (70 %), 1 récidive, 1 amputation secondaire, 1 mort. La récidive a eu lieu au bout de 10 ans pour une T à M. de l'extrémité supérieure du tibia ; dans une localisation identique l'accroissement considérable a amené une fracture spontanée sans tendance à la consolidation imposant l'amputation ; le dernier malade présentait une énorme tumeur ayant détruit toute l'extrémité supérieure du fémur, stabilisée par les Rx, mais sans aucune réparation, le malade faisait de fortes poussées de température dès qu'il se mobilisait ; on se décide à l'opérer, on trouve une coque bien limitée avec un contenu en pleine nécrobiose ; mort de choc dans la soirée. Ces trois malades avaient été traités par la méthode alors classique des fortes doses. M. Tavernier l'accuse d'amener la stérilisation de l'ostéogénèse réparatrice. Depuis lors il n'emploie plus que la méthode des faibles doses espacées de Barjon et Contamin.

M. Baclesse a publié la statistique intégrale de l'Institut Curie de 1920 à 1933 avec un recul de 10 à 20 ans. 20 T à M. ont été traitées par doses fortes, dont le total variait entre 5.000 et 7.000 *r.* par plusieurs champs et, le plus souvent, échelonnés sur une longue durée. La guérison a été obtenue dans 11 cas (55 %), 4 très améliorés (20 %), 2 améliorés (10 %) et 3 échecs complets (15 %). L'auteur considère qu'il y a de « bonnes » formes et de « mauvaises » constituées par des tumeurs subissant des poussées ostéolytiques à allure parfois aiguë, *pseudo-inflammatoire*. Parfois la poussée reste unique et le cas est guérissable par les Rx, mais si les poussées se répètent, les chances de succès par la radiothérapie sont aléatoires. Sur les 20 cas observés, 8 appartenaient à ces formes graves, avec seulement 3 guérisons (37,5 %), 3 améliorations et 2 échecs (25 %).

MM. Loïcq, F. Cogniaux et A. Van Wien nous ont apporté récemment les résultats du centre des tumeurs à l'Université libre de Bruxelles : 30 tumeurs ont été irradiées sur 29 malades ; 2 avaient subi des exérèses incomplètes, 2 avaient récidivé après curettage complet, 26 n'avaient subi aucune opération. L'irradiation a donné 21 guérisons (80 %), 2 améliorations (il s'agissait de tumeurs métaphysaires dont nous reparlerons), 1 récidive après dix ans, 2 échecs complets. Les auteurs ont employé des doses fortes mais dépassant rarement 2.400 *r*. Ils confirment que la radiosensibilité des T à M. est très variable.

En est-il de même pour le radium ? Il le semble si l'on se reporte à l'observ. III de J. Delarue et Denoix. La curiethérapie s'est en effet montrée impuissante à arrêter l'extension rapide d'une T à M. de l'extrémité inférieure du radius déjà opérée et récidivée. Cette forme extensive nécessita l'amputation.

***

Peut-on expliquer cette différence de comportement des tumeurs à myéloplaxes en face du traitement chirurgical et de l'irradiation ? Deux facteurs ont été invoqués : le siège de la tumeur, sa structure.

Dans une étude récente M. A. Van Wien incrimine le siège métaphysaire de la tumeur. Il rappelle que le siège épiphysaire des T à M. est considéré par la majorité des auteurs comme un des éléments pathognomoniques de cette affection, alors que les kystes osseux se développent dans la métaphyse chez des adolescents. Mais Peirce a vu des T à M. siégeant dans la métaphyse et on trouve dans la littérature des descriptions d' « ostéite fibreuse à myéloplaxes » ou de « kyste osseux aigu » ou « variété de kyste osseux à cellule géante » (Geschikter et Copeland). Sur 25 cas de T à M. observés par A. Van Wien et P. Cogniaux au centre des tumeurs de l'Université de Bruxelles, quatre fois ils ont rencontré des tumeurs à siège métaphysaire. Il s'agissait de sujets jeunes (6 ans 1/2, 9 ans 1/2, 13 ans deux fois) et trois fois il s'était produit une fracture spontanée, à deux reprises chez l'un, à trois reprises chez le dernier. Ces trois caractères : siège métaphysaire, jeune âge, fréquence des fractures pathologiques rapprochent singulièrement ces observations des kystes osseux ou ostéite fibreuse ! La présence de cellules géantes dans ces tumeurs ne suffit pas à les individualiser car on a signalé leur présence dans les kystes osseux (ostéite fibreuse à cellules géantes de Gaschikter et Copeland). L'ostéite fibreuse commune aux deux affections traduit la réaction limitative, curatrice de l'os en poussée ostéoclasique. Ce qui différencie la T à M. du kyste osseux c'est la réponse à la radiothérapie. Le kyste osseux, lésion ayant terminé son évolution, ne réagit pas aux Rx. La T à M. sous leur action tend à la guérison. Le premier malade de A. Van Wien, échec du curettage et de la greffe osseuse, a réagi normalement aux Rx ; le deuxième, recalcifié en trois mois, a présenté trois ans après une rechute avec extension vers la diaphyse, guérison par radiographie ; le troisième, guéri en trois mois par les Rx, voit quatre ans après des douleurs réapparaître, en rapport avec une plage de décalcification, curetté et greffé, à tort selon l'auteur, il met quatre années à guérir ; le dernier cas, curetté avec soin, a présenté une extension des lésions que la radiothérapie a arrêté.

L'action nette des Rx (1.200 à 2.000 R à raison de 200 R pendant 6 à 10 jours consécutifs) sur ces tumeurs montre bien qu'il s'agit de T à M. survenant chez de jeunes enfants, siégeant au niveau de la métaphyse, surtout à la région du grand trochanter, tendant à s'étendre vers la diaphyse, provoquant des fractures spontanées, caractérisées histologiquement par de nombreuses zones de cellules géantes mêlées à des plages d'ostéite fibreuse : tumeurs bénignes guérissant par la radiothérapie.

Les particularités d'évolution de ces tumeurs à siège métaphysaire chez des enfants en pleine croissance, évoquent l'opinion de Policard, déniant au cartilage de conjugaison tout rôle dans la croissance en longueur des os longs et attribuant ce rôle à la gaine périostique métaphysaire, à l'endroit où le périoste se termine sur la diaphyse, à l' « encoche d'ossification ». Un récent travail du professeur Leveuf sur les exostoses des os longs (*Revue d'orthopédie*, 32e année, janvier-mars 1946), apporte aussi un singulier appui à cette théorie.

***

Sur la structure des tumeurs à myéloplaxes une première remarque s'impose. Le myéloplaxe, caractéristique de la tumeur, n'a pas une origine médullaire comme le croyaient les premiers auteurs qui l'ont décrit. C'est une cellule géante à origine mésenchymateuse. On la rencontre dans d'autres affections osseuses (kyste osseux, sarcomes), ce sont donc, à proprement parler, des tumeurs à cellules géantes ou mieux, des tumeurs « avec » cellules géantes (Ombrédanne).

Nous ne reviendrons pas sur l'histologie de la forme métaphysaire, décrite plus haut et qui constitue un cas particulier. Nous parlons donc de la forme épiphysaire, forme habituelle.

Pour J. Delarue et P. Denoix, à la diversité de l'évolution clinique des T à M. correspond une diversité des aspects histologiques. La forme régressive, favorablement influencée par le traitement opératoire présente, à côté des cellules géantes plus ou moins abondantes, une pullulation des cellules conjonctives jeunes formant une limite au foyer tumoral et une abondante élaboration de tissu ostéoïde « embryonnaire » au contact de l'ostéolyse corticale. A côté du processus destructif, un processus réparateur très actif.

Dans la forme extensive au contraire, ce qui frappe, c'est « une abondance de lacunes vasculaires sanguines au bord desquelles se trouvent souvent des myéloplaxes ébauchant la formation de capillaires et dans la présence d'abondants exsudats fibrineux et de petits foyers, parfois confluents, de nécrobiose ». Ici, la « prolifération des myéloplaxes s'opère sans aucune limitation apparente, sans tendance fibreuse ; elle est associée à des phénomènes d'hémorragie, d'exsudation et de nécrose ». La tendance ostéolytique sur laquelle insiste M. Baclesse ne se manifeste pas seulement vis-à-vis de l'os, mais comme le signalent aussi Codman et A. Van Wien vis-à-vis des greffons placés dans le foyer après curettage.

Devant des structures histologiques aussi dissemblables, J. Delarue et P. Denoix se demandent si la lésion est réellement une tumeur. Selon la conception de Géry et Nœpel, le myéloplaxe ne peut plus être assimilé à l'ostéoclaste qui est l'apanage de l'ostéolyse lente. C'est une forme cellulaire qui semble liée à un bourgeonnement désordonné du système capillaire et qui peut être lié à des processus très différents (origine infectieuse, toxique, trouble métabolique ou capillaro-moteur local).

D'autre part, les cas observés l'ont été à des stades évolutifs différents. Les uns en pleine période d'extension, les autres en période de régression. Il est certain que les indications opératoires ou radiothérapiques ne peuvent pas être les mêmes dans les deux cas. Opérer en période de poussée expose à l'échec, alors qu'opérer à froid peut donner un succès.

***

Les constatations précédentes ont modifié pour une certaine part les données du traitement.

Dès le début deux tendances s'étaient fait jour. En France, à la suite de Lecène, c'est l'évidement chirurgical qui avait été considéré comme le traitement de choix. Mais, nous l'avons vu, les récidives se sont multipliées, soit que l'on ait eu affaire à des évidements incomplets (en particulier, comme le remarque M. Tavernier, les T à M. des maxillaires traitées par les dentistes par un évidement incomplet suivi d'attouchement à l'acide chloracétique, puis traitement récalcifiant), soit, comme nous l'avons vu, à la suite de traitements corrects. Bien plus, dans ces dernières années on a publié des cas où le traitement chirurgical n'arrêtait pas la marche envahissante et conduisait soit à une résection soit à une amputation. Si bien, quoiqu'il s'agisse toujours de tumeurs bénignes, qu'on en arrive à considérer que le traitement chirurgical de choix doit être, non l'évidement, mais la résection lorsqu'elle est facile et n'entraîne pas de troubles fonctionnels : tumeurs de la tête du péroné, des côtes, de la rotule (Tavernier). On a même été plus loin ; récemment, MM. Swynghedaw et Lainé (Lille) ont apporté à l'Académie de Chirurgie (rapport du professeur Moulonguet) trois cas de T à M. diaphysaires chez des enfants pour lesquels, agissant comme pour des tumeurs malignes, ils ont pratiqué la résection étendue avec reconstruction de la diaphyse par greffe implantée dans les deux fragments. Thérapeutique qui peut paraître excessive pour des tumeurs bénignes. Notons en passant que dans les formes graves, ostéolytiques on a constaté la résorption des homœo-greffes bourrant la cavité, si bien qu'on en vient à douter de leur utilité dans tous les cas. Faut-il penser avec Codman que les greffes n'ont des chances de subsister que si on les place dans le sens des pressions exercées par l'os ?

Les T à M étant par définition des tumeurs radiosensibles, la radiothérapie peut devenir un adjuvant du curettage. On l'a d'abord employée avec succès lors des récidives, même dans les cas siégeant dans la métaphyse (Van Wien). Par contre, elle s'est montrée inefficace dans les formes ostéolytiques Morel-Fatio.

Dans cette dernière observation elle a eu un rôle aggravant. D'après le professeur Tavernier, c'est l'emploi de fortes doses rapprochées, selon la méthode classique, qui est cause de ces échecs. L'emploi de doses faibles et espacées, selon la méthode de Barjon et Contamin, au lieu d'amener la stérilisation de l'ostéogénèse réparatrice, excite cette ostéogénèse et amène la guérison. Aussi a-t-il été amené à l'emploi systématique du traitement mixte ; association du curettage et un mois après début de

séances de Rx à petite dose et espacées, pour éviter la récidive. Sur 9 malades il a obtenu 8 guérisons et 1 récidive. Mais ce dernier, forme grave, a récidivé quatre fois et s'est terminé par une amputation.

***

La radiothérapie employée seule à l'exclusion de toute intervention chirurgicale a d'abord été très vantée par les auteurs américains.

En France, elle a été moins employée. Pour juger de ses résultats, nous pouvons nous appuyer sur le travail de M. Tavernier, la statistique de l'institut Curie, publiée par M. Baclesse et aussi la statistique bruxelloise de MM. Loïcq, Cogniaux et Van Wien.

Tout d'abord il y a des cas inaccessibles à l'action chirurgicale comme la T à M. d'une vertèbre lombaire (Tavernier) où elle constitue le seul traitement possible. D'autre part leur siège, leur étendue sont jugés graves pour être opérés, comme ces énormes tumeurs de l'extrémité supérieure du tibia menaçant de s'ouvrir dans le genou où on a le choix entre les Rx ou l'amputation.

Enfin la radiothérapie a été utilisée comme seule méthode de traitement dans tous les cas qui se sont présentés.

Nous avons vu plus haut quels ont été les résultats obtenus et nous avons constaté qu'il font ressortir deux faits : 1° il existe des cas heureusement rares de T à M. chez lesquels la radiothérapie est sans action. Ce sont les mêmes qui sont rebelles à l'acte chirurgical.

2° Parfois les Rx semblent aggraver l'évolution de la tumeur et il paraît bien, comme le veut M. Tavernier, que ce soit la méthode des hautes doses avec séances rapprochées qui soit responsable. La méthode des doses faibles et espacées serait indemne de ce reproche et plus efficace.

Peut-on comparer les résultats de la radiothérapie à ceux des évidements ? C'est difficile, car, comme le font remarquer R. Loïcq, P. Cogniaux et A. Van Wien, les statistiques chirurgicales comportent des cas sélectionnés et cependant elles accusent, selon les statistiques, de 15 à 40 % de récidives ou d'échecs, chiffres supérieurs à ceux de la radiothérapie employée seule. Obtiendra-t-on mieux encore par l'emploi du traitement combiné que pratique le professeur Tavernier ? L'avenir le montrera.

***

De tous ces travaux, quelle conclusion peut-on actuellement tirer quant à la conduite à tenir en face d'une T à M ?

Tout d'abord, il ne faut pas porter le diagnostic de sarcome ou de T à M. sur le seul vu d'une radiographie et pratiquer une amputation parce que la corticale de la tumeur *paraît* rompue. Si l'on opte pour la radiothérapie, la radiosensibilité de la tumeur constatée dès la première ou deuxième séance, fera pencher la balance en faveur de la bénignité. Si l'on choisit au contraire l'acte chirurgical, la biopsie se transformera en curettage complet si la poche contient cet aspect de raisiné caractéristique. En cas d'opération, la fréquence des récidives devra inciter à suivre le conseil du professeur Tavernier et à faire pratiquer, par sécurité, une série d'irradiations à faible dose et espacées dans les mois qui suivront le curettage.

Que l'on ait traité la tumeur par opération ou Rx, on devra revoir périodiquement le malade, le faire radiographier et, au moindre signe de rechute, le traiter à nouveau.

Seul le traitement des formes ostéolytiques graves, heureusement exceptionnelles, non sensibles aux Rx, extensives après les opérations, reste un problème. Peut-être y aurait-il lieu, selon la recommandation de J. Delaruc et Denoix et aussi du professeur Tavernier, de ne pas opérer en poussée d'extension, surtout avec douleurs, aspect inflammatoire, et savoir attendre une période de calme.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

BACLESSE. (*Soc. d'Electro-radiol. méd. de France*, 9 mai 1944.)

CLAVELIN et SARROSTE. (*Acad. de Chir.*, 21 déc. 1938, bull., p. 1438.)

J. DELARUE et P. DENOIX. (*Presse Méd.*, n° 40, 23 oct. 1943.)

GÉRY et Mlle NOEPEL. (*Bull. Assoc. fr. pour l'étude du cancer*, février 1938, n° 2, p. 137-189.)

R. GOUVERNEUR. (*Soc. nat. de Chir.*, 23 janvier 1929.) Bull. p. 121. Rapport : Baumgartner. Discussion : Ombrédanne, Mocquot, Fredet, Dujarier, Alb. Mouchet.

HUET. Thèse de Paris, 1925.

J. LOÏCQ, P. COGNIAUX et A. VAN WIEN (*Rev. de chir.*, janvier-février 1946, p. 2 à 12.)

Alb. MOUCHET et ROEDERER. (*Soc. nat. Chir.*, 1929, p. 411.)

Alb. MOUCHET. (*Soc. nat. de Chir.*, 28 février 1934.)

Mlle NOEPEL. Thèse Strasbourg, 1938.

Ph. ROCHET. (*Lyon Chir.*, t. 38, avril 1942, p. 170-171.)

ROCHET et CONTAMIN. (*Lyon Chir.*, 1931, p. 640.)

J. SÉNÈQUE, M. ROUX et D. MOREL-FATIO. (*J. de chir.*, t. LX, n°s 5-8, 1944, p. 106-114.)

SWYNGHEDAW et LAINÉ. (*Acad.*, 12 juin 1946.) Rapport de M. P. Moulonguet.

TAVERNIER. (*Lyon Chir.*, 1942, p. 172-179.)

TAVERNIER et CONTAMIN. (*J. de chir.*, sept.-déc. 1942, p. 385.)

A. VAN WIEN. (*Acta orthop. belgica*, t. XII, mai 1946, f. 4, p. 137.)

Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France

XLIVe session. Genève et Lausanne (22-27 *juillet* 1946)

RAPPORTS

Conscience et mémoire dans l'épilepsie

par le Dr BRAUN, médecin-directeur de l'établissement suisse pour les épileptiques, Zurich

Les essais pour tenter de définir la conscience sont plus philosophiques que médicaux et nous ne nous y arrêterons pas.

Toujours est-il que la conscience peut être troublée pour elle-même, ou secondairement à l'altération d'autres fonctions psychiques : irritabilité, sensibilité, mémoire, bradypsychie, etc. D'autre part, on ne connaît pas jusqu'ici de rapport entre les troubles psychiques et les crises, qui peuvent être associés ou dissociés. Toutefois, la crise étant l'élément essentiel de la maladie, force est de grouper les différents troubles de la conscience des épileptiques suivant leurs rapports avec les crises, et sur le degré de dépendance qu'ils ont vis-à-vis d'elles. La mémoire occupe une place importante parmi les troubles de la conscience. Toutes les fonctions de la mémoire sont troublées chez l'épileptique, mémoire de fixation et de conservation ; les tests d'association de Jung et le test de Rorschach ont pour objet de rechercher les premières atteintes psychiques décelables.

Bien des recherches ont eu pour objet de préciser les causes des crises et la localisation de la conscience.

Faut-il invoquer le spasme vasculaire, la rétention hydrique, les réactions de désintoxication, les troubles de la régulation neuro-végétative, du quotient albumine-globuline, ou de l'équilibre acido-basique ?

Quant au siège de la lésion d'où part le stimulus qui déclenche les accidents, on a tour à tour incriminé la moelle, le bulbe, le mésocéphale, le cortex, les rayons centraux et aussi les nerfs périphériques.

Signalons toutefois que les études de W.-R. Hess, de Zurich, ont apporté une contribution localisant la perte de la conscience et les crises épileptiques dans les centres axiaux.

Différentes formes de troubles de la conscience se présentent chez les épileptiques et revêtent les types suivants :

1° Les absences, sortes d'équivalents où se trouvent associés une part plus ou moins complète de la conscience et des éléments somatiques discrets ;

2° L'aura, phénomène concomitant ou avant-coureur de l'attaque. Les mémorables travaux de Charcot ont montré l'existence d'auras motrice, sensitive, végétative, optique, vestibulaire, acoustique et affective ;

3° Les troubles psychiques post-paroxystiques, troubles de la conscience post-paroxystiques, véritables psychoses d'épuisement, qu'il faut savoir distinguer des équivalents épileptiques ;

4° Les troubles de la conscience consécutifs à la crise ; absents chez les uns, très marqués chez d'autres, à type d'obnubilation pouvant durer un temps variable.

A cet état d'obnubilation peuvent s'associer des hallucinations réalisant un véritable délire épileptique avec fugues, brutalités, outrage aux mœurs, meurtres, etc. L'épilepsie larvée est constituée par des troubles psychiques indépendants des crises ;

5° Les sautes d'humeur, *verstinumungen*, accidents endogènes, indépendants des crises, à forme gaie ou triste ;

6° Les troubles de la conscience à type de poussées schizophré-

niques, qui ne sont que des associations d'épilepsie et de schizophrénie ;

7° La démence et les troubles de la personnalité, qui sont en rapport avec la fréquence des crises et conditionnés par des lésions cérébrales.

L'auteur termine en insistant sur les bienfaits des médications anticonvulsivantes : bore, brome, barbituriques, diphénylhydantoïne, qui doivent toujours être utilisés.

Conscience et mémoire dans l'épilepsie Considérations théoriques et essai d'interprétation

par J. Satter, de Blida-Joinville

L'étude des rapports de la mémoire et de la conscience dans l'épilepsie porte l'auteur à préciser sa pensée sur les faits en cause :

La conscience, dit-il, est le degré de connaissance synthétique qu'un individu possède, en un instant donné, de ses activités perceptrices, psychiques et motrices.

La mémoire est le fait pour un individu de faire figurer, parmi les causes de son comportement actuel, l'influence d'une expérience antérieure.

L'épilepsie est considérée comme un ensemble de modes réactionnels, en quelque sorte interchangeables, répondant vraisemblablement à un ensemble de désordres biologiques.

Les *théories proposées* pour étudier les rapports et les interréactions entre ces trois éléments sont groupées comme il suit :

Théories neuro-biologiques. — Il n'existe pas de conscience sans système nerveux. Le siège des centres de la conscience est encore imprécis. Sans doute existe-t-il des centres corticaux, mais le diencéphale tient une place importante dans la régulation physio-pathologique de la conscience.

La mémoire est une propriété générale de la matière vivante. La mémoire sensorio-motrice semble dépendre des centres corticaux sensitivo-sensorio-moteurs ; la mémoire instinctivo-affective paraît en rapport avec les centres diencéphaliques.

L'épilepsie semble dépendre de facteurs locaux et de causes générales. Son mécanisme est complexe et son tableau clinique variable ; l'anatomie-pathologique et l'électro-encéphalographie apportent un complément d'informations. Les accidents sont presque toujours réversibles.

Théories psychologiques. — L'amnésie post-épileptique a été attribuée à la perte de la conscience au cours du paroxysme. Cette interprétation ne saurait s'appliquer aux faits d' « automatisme comitial », pour lesquels Marchand et Picard ont invoqué l'existence d'une « organisation paraconsciente », d'une lucidité seconde. Faut-il encore invoquer l' « aperceptagnosie » d'Epstein, un trouble dans l'association des idées empêchant la synthèse mentale, ou encore un dédoublement de la personnalité, assez peu admis actuellement. Pour certains, les troubles de la conscience et de la mémoire relèvent surtout de perturbations affectives. De fait, des troubles affectifs peuvent soit contribuer à déclencher les crises, soit être une résultante de celles-ci.

Signalons encore la théorie psychanalytique de la crise comitiale et de l'amnésie.

Théories dynamiques. — Elles constituent une réaction contre l'artificielle distinction de l'organique et du psychique. Mais ce sont les conceptions de Jackson, les travaux de Claude, de Ty et Bouart, Delay, Delmas-Marsalet qui ont contribué à propager ces conceptions.

La crise comitiale serait une dissolution uniforme, particulièrement profonde. Elle est surtout caractérisée par son rythme ; elle ne cesse pas brutablement. Les fonctions automatiques réapparaissent les premières, les plus intégrées les dernières.

Signalons les épisodes psychopathiques au cours de la reconstruction, à structures confusionnelles, oniroïdes ou névrotiques suivant l'étape.

L'application des idées de Jackson aux troubles amnésiques a été brillamment exposée dans son livre par J. Delay.

Essai de synthèse. — L'application des idées de Jackson à l'épilepsie montre que son originalité tient essentiellement à son rythme et non à l'aspect de ses accidents : coma, confusion, troubles, etc., et ceci du fait que le système nerveux n'a qu'un nombre limité de modes réactionnels.

Les syndromes présentés par l'épilepsie sont les suivants :

La *perte de conscience épileptique*, c'est l'épilepsie-coma, la page blanche sur laquelle rien n'a été écrit. Elle n'est pas spécifique du mal comitial, s'observe dans le coma et la syncope. Les centres diencéphaliques, surtout rétrochiasmatiques, jouent certainement un rôle dans sa genèse.

La *confusion mentale épileptique* a un domaine fort étendu. De degrés et d'intensité différents, elle existe à des degrés mineurs dans la majorité des états comitiaux ne s'accompagnant pas de perte de connaissance complète. Cette insuffisance mentale aiguë quantitative atteint les différentes fonctions psychiques, réalisant une dissolution typique.

En sont témoins les troubles des perceptions, l'incapacité de grouper et d'associer les divers processus psychiques, l'insuffisance de la synthèse mentale ; la persistance de l'automatisme mental, l'amnésie lacunaire post-confusionnelle.

Le caractère amnésique de certains accidents épileptiques n'est pas un argument contre l'existence de confusion.

Les *syndromes névrotiques de l'épilepsie* sont représentés par les obsessions, les impulsions, les manifestations hystériques.

La psychothérapie a une action favorable chez certains comitiaux. Les troubles de la conscience et de la mémoire dans l'épilepsie ont surtout une origine psychologique.

D'autres syndromes épileptiques : états oniroïdes et dysesthésiques de Claude, états maniaques et mélancoliques, doivent aussi être signalés.

Discussion. — Mme Minkowska (Paris) rappelle ses études généalogiques lui ayant permis d'établir les traits primordiaux de la constitution épileptoïde bien avant les auteurs allemands. Les études de Van Gogh sont venues par la suite mettre encore mieux en relief le mécanisme psycho-pathologique de l'épilepsie, que les recherches de l'auteur sur le test de Rorschach, d'après une méthode modifiée, permettent de saisir sur le vif de façon très nette.

M. Heuyen estime que les recherches psychologiques sur l'épilepsie n'apportent aucun renseignement utile au médecin. L'épilepsie est le plus souvent une maladie évolutive prenant son point de départ dans l'enfance. Les études cliniques, anatomo-pathologiques, physiologiques, électro-encéphalographiques et neuro-chirurgicales nous apprendront davantage sur la conscience et la mémoire dans l'épilepsie et sur l'épilepsie en général que toutes les théories psychologiques.

M. X. Abely ne croit pas à la possibilité de crises convulsives généralisées qui soient conscientes et amnésiques. Par contre, il n'admet pas que les équivalents coordonnés et adaptés puissent être dépourvus de conscience et de mémoire. Il estime que le champ de l'épilepsie devrait être limité au bénéfice d'une hystérie rénovée sur des bases différentes.

Troubles nerveux, réflexes extenso-progressifs Essai sur divers types de troubles nerveux d'allure extensive et d'ordre réflexe par irritabilité périphérique, le plus souvent traumatique

par J.-A. Barré (Strasbourg)

Après un bref historique du sujet, rappelant surtout les travaux de Babinski et Froment, et une description générale basée sur un important travail récent de la question, Barré en arrive à l'exposé analytique reposant sur cinq observations particulièrement instructives :

1° *Crises douloureuses extenso-progressives par névrome périphérique ; guérison par ablation du névrome ;*

2° *Epilepsie par irritation périphérique d'origine traumatique ; guérison par ablation des névromes d'un doigt ;*

3° *Syndrome syringomyélique par blessure non suppurée du poignet ;*

4° *Syndrome de sclérose latérale amyotrophique après blessure périphérique minime ;*

5° *Troubles moteurs et sensitifs, di-homo-méliques, après blessure périphérique minime.*

Synthèse clinique. — *a.* Des accidents divers, après un temps de durée variable, bref ou assez long, peuvent se développer à la suite d'une blessure périphérique minime, déborder largement la zone traumatisée et s'étendre à tout un membre, deux membres homolatéraux, ou même les quatre membres.

b. Ces accidents sont hors de proportion, en intensité et en étendue, avec la blessure qui leur a donné naissance.

c. Ils revêtent le type d'algies violentes, ayant un caractère extensif et progressif. Leur aspect est variable : hémiplégie, spasme de torsion, épilepsie partielle tonicoclonique, syndrome syringomyélique, paralysies amyotrophiques simulant la maladie de Charcot.

d. La blessure originelle est le plus souvent minime et insignifiante, intéressant le périoste, un nerf ou un vaisseau.

Considérations médico-légales. — De tels faits laissent penser que le médecin expert devra toujours rechercher si, à l'origine de certains syndromes neuro-pathologiques, il n'existe pas un traumatisme ou une blessure qui peut en être le point de départ.

Considérations anatomo-pathologiques. — Très exceptionnels jusqu'ici sont les examens anatomiques de faits de cet ordre. Le

lésions des nerfs périphériques, des racines, des cordons médullaires et des cellules de la corne postérieure.

Pathogénie. — Barré évoque ensuite les diverses hypothèses émises antérieurement pour expliquer de semblables accidents ; celles de Charcot et Vulpian ; de Babinski et Froment à propos des troubles physiopathiques ; la nécessité d'actions réflexes extensives ; le caractère le plus souvent unilatéral des accidents ; le rôle de l'irritation sympathique et des troubles vasculaires générateurs de lésions.

Traitement. — Il est urgent de calmer les douleurs par des sédatifs, d'essayer la pyrétothérapie, d'utiliser l'anesthésie locale ; la compression de l'artère du membre atteint. L'exérèse du foyer algique est indiquée en cas de crise d'épilepsie réflexe.

Les troubles nerveux réflexes extenso-progressifs Essai clinique, pathogénique, thérapeutique et médico-légal

par G. de Morsier
Professeur à la Faculté de médecine de Genève

L'auteur rappelle ses travaux antérieurs sur le parkinsonisme consécutif aux lésions périphériques avec Naville (1922) ; ses rapports sur les troubles réflexes d'extension habituelle, du type Babinski-Froment.

1° *Les troubles nerveux réflexes d'extension habituelle.* — Duchenne de Boulogne a signalé le premier « l'atrophie musculaire par action réflexe liée à l'affection articulaire ». Vulpian admet les troubles réflexes exposés plus tard dans la thèse de Valtat. Puis viennent les travaux de Charcot sur l'hystéro-traumatisme, et le travail de Babinski sur l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques (1886).

Babinski et Froment, en 1918, exposent leur conception devenue classique des troubles physiopathiques, alors qu'en Allemagne et en Angleterre ces troubles sont toujours considérés comme psychogènes.

De Morsier en expose le tableau clinique avec les troubles de la motricité, de la réflexivité, de la sensibilité subjective et objective ; les troubles sympathiques et trophiques ; les modifications oscillométriques ; les altérations osseuses radiographiques ; l'irradiation des réflexes pathologiques et leur répercussion à distance. Les contusions simples et les distorsions articulaires en sont les causes les plus fréquentes.

Ces troubles peuvent être réversibles ou irréversibles suivant les cas. Il faudra les distinguer des compressions radiculaires irritatives et des algies d'origine centrale ;

2° *Les crises nerveuses réflexes*, dont l'auteur signale deux cas, l'une à type tonico-clonique, extenso-progressive, sans perte de connaissance ; l'autre avec perte de connaissance ;

3° *Les troubles réflexes extenso-progressifs du type parkinsonien.* — De Morsier et Naville ont rapporté en 1932, 47 cas de parkinsonisme, avec son syndrome akineto-hypertonique usuel, consécutif à un traumatisme périphérique.

Le rapporteur y ajoute deux observations similaires de Faure-Beaulieu, reproduites dans la thèse d'Ulmann. Il signale l'opinion contradictoire des auteurs allemands et celle de Beng (de Bâle), qui considèrent le parkinsonisme comme sans rapport avec le traumatisme ;

4° *Les troubles réflexes extenso-progressifs du type spasme de torsion*, dont le rapporteur a observé un cas intéressant, consécutif à une chute sur l'épaule ;

5° *Pathogénie.* — L'amyotrophie réflexe d'origine articulaire a été mise sur le compte de l'immobilisation ; considérée comme une sorte d'inhibition des cornes antérieures de la moelle ; comme un réflexe d'origine médullaire produisant des phénomènes tantôt d'excitation, tantôt d'inhibition (Charcot-Babinski). Pour Albert (Liége), les troubles vaso-moteurs seraient le fait de réflexes d'axones.

Pour de Morsier, la complexité et la variété des manifestations ne peuvent s'expliquer que par des réflexes mésodiencéphaliques. Le rapporteur rapproche, d'autre part, l'aspect de la « main physiopathique » de celui de la « main thalamique » ; avec l'akinésie motrice, la contracture musculaire, les troubles vaso-moteurs et trophiques, l'amyotrophie, les troubles de la sensibilité, les douleurs, l'ostéoporose et les mouvements involontaires. D'autres manifestations plaident en faveur de l'origine diencéphalique de ces réflexes nociaptifs : l'apparition de crises angineuses sans coronarite arrêtées par infiltration novocaïnique ; de crises d'asthme ; d'hypertension artérielle dont il convient de signaler la fréquence chez les amputés.

Le rapporteur expose l'intérêt du travail d'Oscar Wyss (de Genève) sur le rôle physiologique de la fréquence des influx afférents ; car, suivant la fréquence des incitations, on pourra observer des phénomènes d'inhibition ou d'excitation ;

6° Le *traitement précoce* s'impose pour empêcher la persistance, l'extension ou la progression des troubles réflexes ;

Traitement médical. — Novocaïnisation locale ; ionisation ; acétylcholine ; bains chauds ; barbituriques.

Traitement chirurgical. — Sympathectomie péri-artérielle, ramisection sympathique, stellectomie ou infiltration du stellaire pourront être utilisées suivant les cas, avec des résultats variables. Le rapporteur a obtenu 0 guérisons complètes, 9 améliorations, 18 échecs. Les formes avec contracture sont celles qui comportent le plus fort pourcentage de guérisons et d'améliorations ;

7° *Médecine sociale et légale.* — Le rapporteur insiste sur la réalité des troubles subjectifs présentés par ces malades qui doivent être juridiquement pris en considération, et s'élève avec vigueur contre leur origine psychogène.

Discussion. — Le professeur Porot souligne le chemin parcouru en quarante ans depuis le rapport de Sicard en 1905 sur la névrite ascendante n'englobant que des manifestations algiques consécutives à des irritations périphériques mécaniques ou infectieuses (suppurations) ne dépassant jamais l'étape radiculo-médullaire.

La tentative de Barré, fort intéressante, groupe toutefois des faits assez disparates.

Du point de vue étiologique, la notion étiologique de traumatisme fermé, non infectieux, doit être admise. De simples agents thermiques peuvent déclencher des désordres extenso-progressifs, telle l'observation de Déjerine (1908) de paralysie ascendante consécutive à l'action prolongée du chaud. M. Porot a vu une paralysie ascendante du bras consécutive à l'action prolongée du froid.

M. Porot attire l'attention sur les faits d'hémiplégie spinale ascendante progressive (syndrome de Mills). Il en a observé deux cas, ayant duré respectivement quinze ans et huit ans, pour lesquels l'étiologie réflexe peut se mantenir (injections sclérosantes de varices et hydarthroses avec exostoses).

M. Porot rapporte un cas curieux d'épilepsie jacksonienne réflexe chez un blessé de cuisse, avec troubles sensitifs et trophiques du type syringomyélique aux mains.

Il croit devoir être prudent pour les syndromes parkinsoniens traumatiques.

C. Bourguignon. — 1° L'auteur rappelle ses travaux sur les modifications des chronaxies par répercussions et leur application aux syndromes réflexes. Le chiffre des chronaxies, dont la valeur diminue depuis les régions traumatisées jusqu'aux régions les plus éloignées, témoigne de l'extension progressive des lésions ; 2° le meilleur traitement des syndromes réflexes est la diélectrolyse iodée s'il y a cicatrice, au calcium s'il y a des douleurs.

Indications respectives des cures par les chocs insuliniques cardiazoliques et électriques

par M. Paul Cossa (Nice) avec la collaboration de M. René Agid

Après une étude analytique minutieuse des faits observés par lui au cours de cures par l'insuline, le cardiazol et l'électrochoc dans de multiples affections, M. Cossa résume ses impressions comme il suit :

1° En raison de ses difficultés et des dangers relatifs qu'elle présente, la méthode de Sakel doit être réservée aux psychoses sévères, où seule elle peut guérir. Elle constitue le traitement de fond des démences précoces et psychose hallucinatoire chronique et des formes hallucinatoires de psychoses résiduelles. Dans ces affections, et sauf pour des formes très spéciales que nous préciserons plus loin, les méthodes convulsivantes ne sont qu'un traitement d'appoint, à employer au cours même du choc insulinique.

En dehors des maladies de ce groupe, la cure de Sakel ne tire ses indications que de l'échec des autres méthodes. C'est donc seulement lorsque l'électrochoc n'a rien donné qu'on doit y recourir dans les états maniaques, dans les états mélancoliques et dans la confusion mentale ;

2° Les chocs électriques sont certainement la plus anodine et de beaucoup la moins pénible des deux méthodes convulsivantes. Ils doivent donc être préférés au cardiazol toutes les fois que celui-ci n'est pas indispensable.

L'indication majeure des chocs électriques est constituée par les états mélancoliques et dépressifs quelle qu'en soit la forme (crises mélancoliques de la psychose maniaque dépressive, même chez l'enfant) ; mélancolie réactionnelle ; mélancolie d'involution ; syndromes anxieux et hypocondriaques non cycliques ; paroxysmes dépressifs des psychasthéniques obsédés.

Une seconde indication aussi formelle est constituée par la confusion mentale (immédiatement quand celle-ci est réaction-

nelle ou primitive ; postérieurement à la liquidation du syndrome toxi-infectieux quand elle est secondaire) et par les formes non hallucinatoires des psychoses résiduelles. Une autre, par les seules formes de démences précoces qui n'exigent pas l'insuline ; formes à début excito-confusionnel et formes spontanément cycliques, rénitentes.

Enfin les électrochocs peuvent être tentés dans la maladie des tics chez l'enfant ; ils peuvent être épisodiquement utilisés chez les vieux déments contre le gâtisme, les paroxysmes d'inertie ou d'agitation et d'hostilité ;

3° Le cardiazol, en raison de l'abominable angoisse qu'il détermine chez le malade, ne doit jamais être employé seul, mais seulement au cours du choc insulinique humide ou après scopochloralose, ou sous anesthésie de base.

En fait, le cardiazol apparaît avant tout comme l'auxiliaire de l'insuline dans le traitement des états schizophréniques ; soit qu'on l'associe au choc humide pour décrocher un catatonique, un stuporeux, un négativiste, avant de passer aux vrais comas insuliniques ; soit qu'on l'associe secondairement à la cure de Sakel, lorsque une vingtaine de chocs vrais n'ont rien modifié.

Tenu compte des précautions précitées, le cardiazol peut suppléer les chocs électriques dans toutes leurs indications, sauf peut-être dans les états maniaques. Il peut aussi, sous choc insulinique humide, réussir dans des états mélancoliques ou hypocondriaques non influencés par les électrochocs.

Au total, les chocs convulsivants, l'électrochoc surtout, sont spécialement indiqués dans les états où dominent des troubles de la régulation thymique.

Dans tous les cas, au contraire, où la cohésion de l'édifice psychique se trouve menacée, le recours à la cure de Sakel devient indispensable.

Le rapporteur termine en discutant la légitimité de ces méthodes thérapeutiques et l'exagération des reproches invoqués contre elles, quant à leurs échecs et à leurs dangers.

Indications respectives de l'insulinothérapie de la cardiazolthérapie et de l'électrochocthérapie

par M. Muller (Munsingen)

Le rapporteur envisage d'abord les risques résultant de ces trois modes de traitement.

La mortalité est à peu près la même, et très faible, du fait des trois techniques. Les complications médicales sont à peu près les mêmes avec ces trois moyens. Par contre, les complications chirurgicales sont vingt fois plus fréquentes avec la convulsivothérapie (électrochoc et cardiazol), du fait des lésions du rachis, qu'avec l'insulinothérapie bien pratiquée.

Les troubles amnésiques consécutifs à la convulsivothérapie sont en rapport avec le nombre et la fréquence des accès.

Si l'on envisage le traitement des états schizophréniques, il faut dissocier les résultats immédiats et éloignés.

Résultats immédiats. — On ne peut se faire une idée valable des résultats thérapeutiques qu'en les comparant aux évolutions spontanées.

Du fait des différentes acceptions de la notion de schizophrénie, des différentes manières d'estimer le degré de rémission et des différents milieux thérapeutiques d'où proviennent les cas envisagés, il n'est pas encore possible aujourd'hui de tirer des conclusions certaines des études comparatives des cas traités et non traités. Notre opinion actuelle n'a donc guère qu'une valeur de probabilité.

En nous exprimant prudemment, nous pouvons dire cependant que les bonnes rémissions sociales se voient à peu près deux fois plus souvent comme résultats immédiats d'une cure d'insuline que dans l'évolution spontanée, pour autant que la maladie ne remonte pas à plus d'une année. Ces cas, soustraction faite de ceux où la rémission serait intervenue de toute manière, forment environ un quart de toutes les schizophrénies traitées (ancienneté d'une année au maximum).

Les résultats des méthodes convulsivantes sont moins certains encore. Il semble cependant peu probable que leur efficacité soit beaucoup moins grande que celle de l'insuline.

Bien que les guérisons thérapeutiques ne dépassent pas un quart des cas traités de schizophénie, il convient de traiter tous les cas aigus ou subaigus, car nous sommes actuellement incapables de distinguer les cas réfractaires, les cas thérapeutiques et ceux qui guérissent spontanément.

L'insulinothérapie et la convulsivothérapie n'ont une action semblable que dans les catatonies agitées. Elles se complètent dans les autres formes, en ce sens que la convulsivothérapie agit particulièrement bien dans les formes stuporeuses, négativistes, maniaques, dépressives et tardives, tandis que l'insuline est plus efficace dans les formes paranoïdes. Malgré ces indications particulières, l'association des deux méthodes constitue probablement le traitement d'avenir de la schizophrénie.

Résultat éloigné. — Compte tenue des difficultés de tous ordres, plus grandes encore pour apprécier les résultats éloignés que les résultats immédiats, on peut admettre que les succès thérapeutiques définitifs ne sont pas beaucoup plus nombreux que les rémissions spontanées définitives, et les traitements de choc ne changent rien à l'aboutissement final des schizophrénies, le surplus de rémissions thérapeutiques récentes étant compensé par la fréquence accrue des récidives.

Dans les psychoses dépressives, la convulsivothérapie est le traitement de choix de tous les cas graves.

Les meilleurs résultats se voient dans les dépressions endogènes et les mélancolies d'involution avec 80 à 90 % de guérisons dans les cas récents.

La convulsivothérapie n'est pas une thérapeutique inoffensive. Aussi, dans les cas légers ou les formes périodiques et dans les psychoses réactionnelles, il faut savoir s'abstenir et s'adresser à la psychothérapie.

Dans les épisodes maniaques, les résultats sont variables, et l'insulinothérapie y reste indiquée.

Dans toutes les affections psychogènes et les névroses, la convulsivothérapie, arme lourde de la psychiatrie, est franchement contre-indiquée.

Peut-être pourra-t-elle être utilisée dans certaines épilepsies pour tenter d'élever le seuil convulsif des crises spontanées et surtout arrêter la répétition de certains équivalents comitiaux.

Discussion. — Le Dr Logre rappelle sur *l'électrochoc* les travaux de Prévost et Battelli, ceux de Rondepierre, de Delmas-Marsalet ; les études de Delay et Soulayrac sur le syndrome biologique de l'électrochoc.

Il insiste sur les formes mineures ou monosymptomatiques de l'intermittence, dont les manifestations peuvent être plus viscérales que psychiatriques, et sont susceptibles néanmoins de bénéficier de l'électrochoc.

Dr Humbert (Bellelay-Berne). — Le choc peut abréger une dépression à son début comme à une étape évolutive plus avancée. Quant au mode d'action, à côté de celle qui s'inspire des modifications circulatoires cérébrales importantes dues au choc l'auteur rappelle l'état psychologique chez lequel deux sentiments opposés, le désir d'anéantissement et la volonté de vivre, coexistent. L'électrochoc favorise le second.

Dr G. Delay (Paris). — L'association des chocs comatogènes, épileptogènes et pyrétogènes donne des résultats qu'aucune méthode isolée n'aurait pu réaliser. Les critiques faites à l'électrochoc ne tiennent pas compte du fait que le choc peut être alterné (choc sous narcose, choc sous curare éliminant les accidents ostéo-articulaires et contrôlé par l'électro-encéphalographie).

L'électrochoc est indiqué dans les états mélancoliques, donne de moins bons résultats dans les états maniaques, nuls en général dans les névroses. Les résultats sont bons dans les psychoses confusionnelles : confusions mentales traînantes ou graves, dans le délire aigu, où il associe son action à celle de la pénicilline. Les résultats sont médiocres dans les états schizophréniques où son action doit être associée à celle de l'insuline et du cardiazol. Dans les psychoses cycliques, l'électrochoc brise le cycle des accès, mais non celui de la maladie. En plus, la psychothérapie ne doit pas être négligée, mais toujours associée aux méthodes de choc.

Dr Jean Tisica (Bruxelles). — Les résultats des méthodes de choc restent toujours aussi favorables. Sur 266 déments précoces traités depuis 1937, dans les six premiers mois, 77 % de résultats favorables. Le cardiazol doit être réservé aux déments précoces ayant résisté à l'insulinothérapie et à l'électrochoc associés. Depuis ces traitements, la notion d'incurabilité du syndrome de Cottard doit être revisée. Les abcès du poumon peuvent être évités avec des précautions.

Dr F. Georgi (Yverdon) donne un aperçu sur les méthodes de traitements biologiques de la schizophrénie et de la dépression endogène. Il insiste sur les inconvénients d'électrochocs et sur les bénéfices de la cardiazolthérapie associée à l'insulinothérapie, si cette dernière ne se suffit pas à elle-même. Cette technique combinée est également indiquée dans les dépressions endogènes, en ayant soin de ne pas pousser le choc insulinique jusqu'au coma. Il faut éviter les électrochocs trop répétés.

MM. Heuyer, Dauphin et Lebovici rapportent les résultats de l'électrochoc en psychiatrie infantile. Ils insistent sur l'innocuité de la méthode et en particulier sur le développement intellectuel de l'enfant, ainsi que sur les bons résultats obtenus dans des états psychopathiques multiples.

Schaeffer.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

SÉANCE DU 7 JUIN 1946

Syphilis primo-secondaire végétante chez un enfant de 9 ans. — MM. MARGAROT, P. RIMBAUD, J. RAVOIRE et C. RIGOULET. — Une ulcération indurée et humide, siégeant entre le quatrième et le cinquième orteil du pied gauche et accompagnée d'une adénopathie dure et indolente dans le triangle de Scarpa, précède une éruption papulo-croûteuse généralisée et des plaques hypertrophiques en verre de montre, végétantes et molles, situées dans le sillon inter-fessier. L'aspect clinique, la chronologie des lésions, la positivité des réactions sérologiques permettent de conclure à un chancre syphilitique des orteils suivi d'accidents secondaires papulo-croûteux et végétants. L'origine de la contamination n'a pu être établie. La mère de l'enfant n'a pu fournir aucune précision. Ses réactions sérologiques sont négatives.

Dermite bulleuse grave d'origine sulfamidée traitée par la pénicilline. Guérison. — MM. J. MARGAROT, P. RIMBAUD, J. RAVOIRE et C. RIGOULET ont vu un malade atteint de blennorragie présenter, à la suite de l'absorption de 8 grammes de sulfamides bien tolérées par le tube digestif, une éruption bulleuse généralisée, faite d'éléments volumineux étendus à la surface entière du corps. La température est élevée, le malade prostré, l'état général inquiétant. Un traitement par la pénicilline à la dose quotidiene de 100.000 unités pendant cinq jours arrête l'éruption, assèche les bulles, améliore rapidement l'état général. La cicatrisation est complète en moins d'une semaine. Aucune récidive ne se produit. Le malade quitte le service au bout d'un mois, complètement guéri.

Considérations sur trois cas d'érythèmes noueux thiazodumiques. — MM. P. RIMBAUD et C. RIGOULET estiment que ces incidents sont exclusivement de nature allergique et sans gravité pour l'avenir des malades. Ils proposent d'abandonner le terme d'érythème noueux trop lié à la notion de septicémie bacillaire et qui risque de jeter le discrédit sur un composé sulfamidé qui par ailleurs possède d'indiscutables avantages.

Syphilis secondaire avec accidents cutanéo-muqueux non transmise au conjoint. — M. P. RIMBAUD. — Une jeune femme, probablement contaminée quelques semaines avant le retour d'Allemagne de son mari, ne lui transmet pas la maladie malgré l'existence de nombreuses lésions buccales et vulvaires. Le traitement spécifique, commencé au quatrième mois de la grossesse, permet la mise au monde d'un enfant cliniquement sain.

Erythème noueux au cours de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. — MM. MOURGUE-MOLINES, J. VIDAL et MIROU rapportent deux observations d'érythème noueux au cours de la tuberculose pulmonaire de l'adulte ; ils signalent, outre la relative rareté d'une telle éventualité, sa coïncidence fréquente avec une négativation passagère de l'allergie tuberculinique. Ils soulignent enfin la signification fâcheuse qu'il faut accorder à un tel érythème noueux ; l'avenir de la tuberculose pulmonaire en cours d'évolution doit dès lors être considéré comme défavorable.

Perforation pleuro-pulmonaire et hypertension paroxystique. — Chez une malade qui, à deux reprises, a présenté des accidents de perforation pleuro-pulmonaire, MM. J. VIDAL, FOURCADE et MIROUZE ont observé chaque fois une hypertension paroxystique précoce, intense et de brève durée. Les auteurs discutent des mécanismes pathogéniques que l'on peut invoquer.

Guérison par pénicillinothérapie d'une pariétite consécutive à une pleurésie purulente opérée. — MM. MOURGUE-MOLINES, J. VIDAL et CARABALONA ont observé, après thoracoplastie pour pleurésie purulente streptococcique, le développement d'une pariétite étendue avec nombreuses fistules cutanées. Toutes les thérapeutiques anti-infectieuses avaient échoué et l'évolution demeurait hautement fébrile sans interruption depuis 21 mois, lorsque fut mis en œuvre le traitement pénicillinique. La pénicillinothérapie locale échoua, mais l'administration de pénicilline en injections intramusculaires amena la défervescence thermique immédiate et, bientôt après, une guérison locale complète.

Pleurésie séro-fibrineuse et syndrome de Claude Bernard-Horner croisé. — M. J. VIDAL relate le cas d'une pleurésie droite compliquée d'un syndrome de Claude Bernard-Horner du côté gauche. Ce syndrome s'est installé au moment où l'épanchement atteignait son maximum d'abondance, s'étendait sur toute la hauteur de l'hémithorax ; il a régressé et rapidement disparu lorsque l'épanchement s'est résorbé. On ne saurait donc nier qu'il y ait une relation entre la pleurésie et le syndrome oculo-sympathique ; il s'agit vraisemblablement d'une action mécanique. Il est curieux toutefois de noter le siège hétéro-latéral du syndrome de Claude Bernard-Horner.

Péricardite calcifiante et tuberculose pulmonaire. — MM. J. VIDAL, SALAGER et MASSIF ont découvert, chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire en activité, une péricardite calcifiante bien tolérée, diagnostiquée radiologiquement et dont les manifestations se résumaient en une hypertension veineuse relative, une arythmie extra-systolique, un rythme de galop protodiastolique et quelques atypies électro-cardiographiques mineures.

L'expectoration bacillifère chez les convalescents d'abcès du poumon. — M. H. MASSIF.

Au sujet du diagnostic des syndromes douloureux du flanc droit. La douleur de l'extrémité antérieure des XIe et XIIe côtes droites. — M. M. GODLEWSKI insiste sur la fréquence, depuis deux ans et demi environ, chez les adultes jeunes des deux sexes, d'une douleur spontanée et provoquée par la pression de l'extrémité antérieure des onzième et douzième côtes, le plus souvent droites, pouvant être associée à une appendicite chronique, une cholécystite chronique, une pleurite de la base droite, mais souvent isolée et simulant ces dernières affections. Bien que le processus physio-pathologique ne soit pas évident, il faut penser aux remaniements osseux particulièrement fréquents sur les côtes au cours des carences et des régions déséquilibrées à prédominance hydrocarbonée.

Similitudes entre les états asthmatiques et les états périviscéritiques abdominaux. — M. M. GODLEWSKI souligne, malgré des différences forcées en raison de la localisation différente, la similitude entre ces deux états chroniques, à paroxysmes aigus, tendant à la soudure progressive et à l'état de mal, et sur celle de leur substratum anatomique (sclérose pleuropulmonaire ou péritonéale, mais active, inflammatoire, d'origine le plus souvent parabacillaire, bien qu'amicrobienne) et fonctionnel : déséquilibre

neuro-végétatif vraisemblablement sous la dépendance de toxines tuberculeuses, sensibilité particulière vis-à-vis des extraits de bacilles de Koch, susceptibles de résultats thérapeutiques favorables.

Syndromes arthro-urétro-oculaires d'origine digestive et extra-digestive. — M. Godlewski groupe les manifestations articulaires urétrales et oculaires pouvant constituer un syndrome vrai, ou assemblées fortuitement en :

a) Syndromes digestivo-arthro-urétro-oculaires : non microbiens (syndrome post-dysentérique de Fiessinger-Leroy ; syndrome similaire après infections intestinales banales et au cours d'arthrites proténiques ; maladie de Nicolas Favre, vraie maladie « trait d'union », urétrites de Woelsch, conjonctivites, de Parinaud, manifestations inflammatoires du rectum et de l'anus, arthrites et polyarthrites) ; microbiens au cours de colibacillose, infections à entérocoques, à germes typho-paratyphiques ;

b) Syndromes arthro-uréthraux-oculaires non digestifs : non microbiens maladie de Reiter (qui paraît, en réalité, une forme cryptogénétique du S. de Fiessinger-Leroy) ,à germes mal connus : oreillons, herpès, rhumatisme articulaire ; microbiens : gonococcie aiguë, tuberculose, staphylococcie, etc.

Le substratum physiopathologique de cette triade réside peut-être en une affinité de certains germes pour les cellules à mucus.

Paludisme de première invasion avec néphrite et syndrome humoral de néphrose. — MM. Janbon, J. Chaptal, L. Bertrand et A. Pineau.

Paralysie diphtérique extensive tardive avec syndrome cérébelleux curable. — MM. M. Janbon, J. Chaptal, A. Pineau et J. Chambon.

INFORMATIONS

(Fin.)

21 octobre. — XXVI[e] Congrès d'Hygiène (à l'Institut Pasteur). Président : M. Dujarric de la Rivière.

21-23 octobre. — Congrès français d'O. R. L.. Président : M. A. Moulonguet.

18 novembre. — Groupement de Phtisiologie infantile. Hôpital des Enfants-Malades, 9 h. Président : M. Debré.

21-24 novembre. — XX[es] Journées dentaires de Paris, 5, rue Garancière (6e). Président : M. Senèque.

Début de décembre. — Célébration du Cinquantenaire de la mort de Pasteur.

1947

Le Congrès international de Chirurgie aura lieu à Londres sous la présidence du professeur Léopold Mayer (de Bruxelles).

25-31 janvier 1947. — Congrès panaméricain de la Tuberculose, Lima. Président : Dr O. Garcia Rosell ; secrétaire général : Dr Juan A. Werner. Secrétariat : Dispensario Central, Calle Raymondi, 2 A. Cuadra, Lima (Pérou).

Centenaire de l'American Medical Association (date et lieu non connus).

Avril. — Santiago du Chili. 2e Congrès sud-américain de Neuro-Chirurgie. Secrétaire général : Dr Alfonso Asenjo, directeur de l'Institut Central de Neuro-Chirurgie à Santiago.

7-10 avril 1947. — XI[e] Congrès français de Gynécologie (Alger). Président : Professeur Laffont ; commissaire général : Dr Ezes, 5, rue Charras, Alger.

1948

New-York. — Congrès panaméricain de Pédiatrie. Président : J.-L. Durand, de Seattle.

INTERETS PROFESSIONNELS

Ordre National des Médecins

60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris

Communiqué

Il vient d'être fait grief au Conseil National de l'Ordre des Médecins, à propos de la préparation du Code de Déontologie, « de se borner à un travail de cabinet... de délibérer et de voter les lois en secret .»

A ce sujet, le Conseil National de l'Ordre des Médecins tient à rappeler que :

1° Le texte suivant est contenu dans l'Ordonnance du 24 septembre 1945 : « Un Code de Déontologie sera préparé par le Conseil National et soumis au Conseil d'Etat, sous la forme d'un Règlement d'administration publique » ;

2° La rédaction du Code a nécessité le concours et les délibérations des 25 membres élus du Conseil National, chacun d'eux représentant une région médicale française et étant mandaté par elle ;

3° Ceux qui, maitres ou praticiens, ont accepté la lourde tâche de cette rédaction en ont mesuré toute l'importance : reprenant dans l'ensemble les règles établies par le syndicalisme médical français, se basant sur les travaux considérables de praticiens ayant au cours de leur vie professionnelle méticuleusement noté toutes les difficultés déontologiques pouvant se présenter, se référant à la jurisprudence déjà établie, s'aidant des avis juridiques les plus autorisés, ils ont travaillé en médecins, c'est-à-dire sérieusement et en silence ;

4° Demander de faire connaître le Code de Déontologie avant qu'il n'ait été approuvé par le Conseil d'Etat et les Ministères intéressés, c'est contester le mandat que les médecins, membres du Conseil, ont reçu de leurs pairs par l'élection et du législateur par la loi instituant l'Ordre, c'est réclamer la délibération du Code « sur la place publique », c'est vouloir ignorer que le Conseil est un véritable Parlement représentant tous les médecins et responsable de ses actes ;

5° Un Code, c'est-à-dire une série de règles et partant de contraintes, trouvera toujours des détracteurs ; il est facile de les alerter à l'avance, mais ceux qui, médecins ou non, prennent une telle initiative, ont vis-à-vis du Corps médical une responsabilité que le Conseil National a tenu à souligner.

10 septembre 1946.

Union Fédérative Nationale des médecins de réserve

58, rue Chardon-Lagache, Paris (16e)

20 septembre 1946.

Le président et les membres du Conseil d'administration de l'U. F. N. M. R. ont le grand plaisir de faire connaître que le quart de place militaire (non remboursable) en première classe, sera accordé à tout médecin de réserve, membre de l'Association, qui voudra venir assister aux conférences organisées par l'U. F. N. M. R., aussi bien à Paris qu'en province. Il est indispensable que nous soyons en possession de la demande dix-huit jours avant la date de la conférence (soit avant le 2 octobre pour la conférence du 19 octobre), pour que nous puissions la transmettre en temps voulu à la Direction générale du service de Santé. Nous n'avons, malheureusement, pas pu obtenir que les médecins de réserve **honoraires** bénéficient de cette faveur. Les demandes devront être écrites sur papier à en-tête du médecin et porter **lisiblement** le nom, **les** prénoms, l'adresse, le grade et la région militaire du postulant. Les ordres de mission seront adressés directement aux médecins de réserve par la Direction générale du S. S. Ils permettront un séjour de trois jours pleins dans la ville où aura lieu la conférence (non compris le jour d'arrivée ni celui de départ). La Direction générale du S. S. insiste sur le fait que la tenue civile est absolument obligatoire. Un contrôle sera organisé à chacune des conférences.

La conférence du 19 octobre aura lieu à la Faculté de Médecine de Paris (Grand Amphithéâtre), à 21 heures.

Programme

19 octobre, Paris. — Le fonctionnement du S. S. de la 4e D. M. N., sous la prési-

dence de M. le médecin général inspecteur Arène, directeur du S. S. de la 1re région, par le médecin colonel Chavialle, directeur de l'Ecole du S. S. de Lyon. (En cas d'élections, la date de cette conférence sera reculée de huit jours.)

30 novembre, Toulouse. — Le typhus exanthématique, par le Dr Lucien Brumpt. Conférence sur un sujet chirurgical.

1er décembre, Bordeaux. — Notions actuelles sur la pénicilline, par le professeur agrégé Fèvre. Conférence sur un sujet chirurgical.

19 janvier, Paris. — L'organisation sanitaire de la nation en cas de guerre (avec l'Assemblée générale et la réunion du Comité interrégional).

23 mars, Paris. — Organisation technique. Aptitude au rôle de chef.

18 mai, Metz. — Traitement moderne de la tuberculose des jeunes. Conférence sur un sujet chirurgical.

22 juin, Paris. — L'organisation sociale dans l'armée.

On demande des médecins pour le Corps Expéditionnaire d'E.-O.

Le Corps Expéditionnaire Français d'Extrême-Orient manque de personnel médical, et le service de santé des Troupes coloniales ne peut, malgré les gros efforts déjà déployés et devant les lourdes charges qui lui incombent dans l'ensemble des territoires d'Outre-Mer, assurer, à lui seul, la relève du personnel actuellement en service en INDOCHINE.

Le Service de Santé des Troupes coloniales lance un appel pressant aux médecins, chirurgiens et spécialistes (bactériologie, ophtalmologie, oto-rhino-laryngologie, stomatologie, neuro-psychiatrie), aux pharmaciens, aux chirurgiens-dentistes, désireux de contracter un engagement, au titre du Service de Santé de l'INDOCHINE, dans le Corps de liaison administrative pour l'Extrême-Orient.

Cet appel s'adresse aux réservistes et aux personnes dégagées d'obligations militaires remplissant, entre autres, les conditions suivantes :

1° Etre titulaire du doctorat en médecine, ou du diplôme de pharmacien ou du diplôme de chirurgien-dentiste ;

2° Avoir moins de 55 ans à la date de leur engagement ;

3° Etre physiquement apte au service colonial.

Les engagés bénéficieront d'avantages matériels substantiels :

Grade d'assimilation uniquement fonction de l'emploi auquel est affecté l'intéressé et de ses titres universitaires ou scientifiques. Pour les militaires de réserve, ce grade ne peut être inférieur à celui dont ils sont déjà titulaires. En outre, il a été décidé que le grade d'assimilation qui sera attribué aux engagés au titre du Service de Santé des Troupes françaises en Extrême-Orient ne sera pas inférieur à celui de capitaine ;

Indemnité de départ colonial égale à deux mois de solde ;

Solde mensuelle s'élevant, non compris les allocations familiales et les suppléments, à :

Capitaine : de 29.690 à 38.998 fr. ;
Commandant : de 40.834 à 44.976 fr. ;
Lieutenant-Colonel : de 48.264 à 52.411 francs ;
Colonel : de 58.216 à 62.900 fr. ;
Congé de fin de campagne.

***

Les candidatures, qui intéressent aussi bien le personnel masculin que le personnel féminin, seront adressées au Ministère des Armées, direction des Troupes coloniales, bureau du Personnel (3e section Santé). Téléphone : Invalides 68-80. Poste 3553.

CHRONIQUE

Des automobiles pour les médecins

Le Salon de l'Automobile vient de rouvrir ses portes le 3 octobre à Paris.

On y voit des prototypes, et des voitures de grande série, malheureusement réservées à l'exportation dans la proportion de 90 %. Les 10 % libres (?) ne seront pas, hélas ! pour les praticiens, et d'ici deux à trois ans la situation restera la même. Situation angoissante pour les médecins qui ne peuvent, malgré les efforts de nos groupements, remplacer un matériel automobile dangereusement usé. En voyant passer tant de voitures neuves, rutilantes, aux pneus magnifiques, on peut se demander quels titres de priorité possèdent les privilégiés. Du mécontentement au découragement, il n'y a qu'un pas. Et les conséquences en seraient infiniment graves. Dans un récent article du « Figaro », notre éminent confrère Georges DUHAMEL le constatait, et il arrivait à cette conclusion qui doit retenir nos réflexions et qui devrait être entendue et comprise par nos gouvernants :

« Au nom de tous les médecins de la ville et des champs qui se désolent sincèrement dans la pensée qu'ils ne pourront bientôt plus s'acquitter de leur noble tâche, je demande aux hommes du pouvoir, je demande aux hommes responsables d'agir et d'agir promptement. Les Français ne sont pas encore nourris, qu'ils soient du moins soignés : l'homme qui mange mal et peu a tant de raisons de tomber souffrant.

« La plupart des médecins ont fait, ces temps derniers, un effort pour résister à la fonctionnarisation, parce qu'ils ont, de leur état, un sentiment élevé. Si l'exercice de la profession leur est rendu impossible, ils finiront par céder aux pressions de l'étatisme. Ils consentiront à se replier, avec une morne indifférence, dans l'irresponsabilité. Et ce sont, évidemment, les malades qui en pâtiront. Du fond de leur misère, les malades appelleront un ami. Ils verront, avec beaucoup de retard, arriver un employé. »

L.

Nécrologie

— Le professeur Serge Métalnikof, chef de service à l'Institut Pasteur.

— Le professeur Damiens, doyen de la Faculté de Pharmacie de Paris.

— Le Dr Pierre Arondel, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur de clinique médicale infantile, médecin des hôpitaux, décédé à l'âge de 42 ans.

— Le Dr Raymond Lemière, à Saint-Sauveur-le-Vicomte (Manche).

— Le professeur Henri Coppez, l'éminent ophtalmologiste belge.

— Dr André Chennevière, ancien interne des hôpitaux de Paris, ophtalmologiste au Havre, décédé à Dieppe le 24 août dans sa 42e année.

Le général Gouraud, qui vient de mourir après une carrière glorieuse entre toutes, appartenait à une famille médicale bien connue.

Il était le fils, le petit-fils et l'arrière-petit-fils de médecins parisiens.

Son père était médecin de l'hôpital de la Charité.

L'un de ses frères, le regretté Xavier Gouraud, fut notre collègue d'internat.

Le général Gouraud avait conservé d'amicales relations avec des amis de son père et de son frère. On n'a pas oublié que, lors de la célébration du centenaire de Guéniot à l'Académie de Médecine, le vénérable centenaire fit son entrée accompagné par le général Gouraud, alors gouverneur de Paris. C'était Guéniot qui en 1867, avait mis au monde le général Gouraud.

Erratum. — Dans la notice consacrée au Dr Pujade, d'Amélie-les-Bains (« G. H. », 1946, n° 16, p. 300), une grossière erreur typographique a rendu incompréhensible la dernière phrase. La rétablir ainsi :

« Lorsque la reine Marie-Amélie, femme du roi Louis-Philippe, fit créer, en 1832, l'hôpital militaire et la commune d'Amélie-les-Bains, les établissements appartenaient alors aux familles Pereire et Pujade. Pendant plus d'un siècle, les docteurs et le pharmacien Pujade furent successivement les animateurs de la belle station catalane. »

Cours

Institut de médecine coloniale de la Faculté de médecine de Paris. — Les cours ont lieu du 1er octobre au 18 décembre. A l'issue des cours, les élèves subissent un examen en vue du diplôme de médecin colonial de l'Université de Paris.

Inscriptions au Secrétariat de la Faculté ; droits divers : 3.500 fr.

Institut de Puériculture
Hôpital-Hospice Saint-Vincent de Paul
(Enfants-Assistés)
74, rue Denfert-Rochereau, Paris (14e)

M. le professeur Marcel LELONG ouvrira le COURS ANNUEL DE PUÉRICULTURE le jeudi 14 novembre 1946, à 9 h. 15 (salle des cours du pavillon Pasteur). Ce cours, auquel collaboreront MM. R. Joseph, A. Rossier, Charousset, Vialatte, Alison, Detrois et les internes et surveillantes du service, se continuera chaque jeudi à la même heure.

Enseignement gratuit destiné aux futures mères de famille.

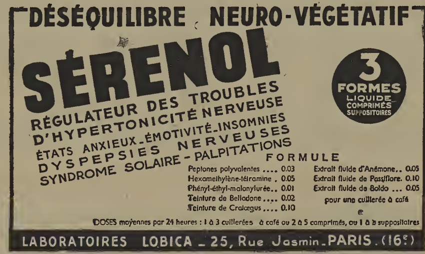
Nombre limité ; s'inscrire au laboratoire, de 9 à 11 heures, du 11 au 30 octobre 1946, dimanches exceptés.

Chaire de clinique cardiologique
(M. le professeur DONZELOT)

Cours complémentaire du lundi 7 octobre au samedi 19 octobre 1946.

Objet du cours : Les acquisitions récentes en pathologie cardio-vasculaire.

Droit d'inscription : 1.000 fr. Inscriptions au Secrétariat de la Faculté de médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 h.



Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

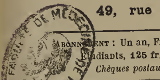
N° 20. — SAMEDI 12 OCTOBRE 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31



ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr. ; Etranger, 400 fr.
Chèques postaux : Paris 2538-76

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER
116, boulevard Raspail, PARIS (6e)
Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours normal de médecin des hôpitaux

Admissibilité clinique : 1946

Concours pour des places d'admissibles

Jury : MM. les docteurs Faroy, Laederich (honoraire), Michaux, de Gennes, Perrault, Stévenin (honoraire), Paraf, Debray (Maurice), Turpin, Mouquin, Levesque, Lelong.

Concours pour une place de chirurgien des hôpitaux

(3e Concours)

Jury : MM. Sauvage, Basset, Banzet, Michon, Sicard, Couvelaire, Funck-Brentano, Gérard-Marchant, de Gaudart d'Allaines, Sénèque, chirurgiens ; Lambling, médecin.

Concours pour une place d'O. R. L. des hôpitaux (1946)

Jury : MM. Ombrédanne, Halphen, Hautant, Aubin, Lemariey, Bouchet, Maduro, O. R. L. ; Clément, médecin ; Raymond Bernard, chirurgien.

Concours d'attachés d'électro-radiologie

Concours spécial de 1946

Jury : MM. Cottenot, Ordioni, Frain, Truchot, Proux, Joly, Duhem.

Concours de l'Internat 1946 (admissibilité)

Jury : MM. Grenet, Léchelle, Kourilsky, Deparis, Antonelli, médecins ; Martin, Bergeret, Ménégaux, Baumann, Mathey, chirurgiens ; Lantuéjoul, gynécologue accoucheur ; Voisin, ophtalmologiste.

Hôpitaux de Bordeaux

La médaille d'or de l'Internat (chirurgie), a été décernée après concours à M. Marcel Labarbe, interne de 5e année.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Concours d'agrégation. — Le J. O. du 1er octobre publie un rectificatif ajoutant à la 5e section : Histologie, M. Dos Ghali.

Stages hospitaliers (1946-47)
1re année (débutants)

MÉDECINE

HOPITAUX. — Broussais : Prof. Pasteur Vallery-Radot. — Cochin : Prof. Harvier. — Hôtel-Dieu : Prof. Henri Bénard. — Saint-Antoine : Prof. Chabrol. — Tenon : Prof. Lian.

Le service de M. le professeur Lian étant transféré à l'hôpital de la Pitié, les stagiaires inscrits dans son service sont informés qu'ils devront se présenter dans cet hôpital le 12 novembre.

CHIRURGIE

Cochin : MM. les Prof. Mathieu et Quénu. — Enfants-Malades : Prof. Leveuf. — Hôtel-Dieu : Prof. Brocq. — Saint-Antoine : Prof. Cadénat. — Salpêtrière : Prof. Mondor.

1re année (redoublants) et 2e et 3e années

MÉDECINE

HOPITAUX. — Ambroise Paré-Boileau : Dr Celice, Dr Grossiord, Mme le Dr Roudinesco, Dr Peron.
Beaujon-Clichy. — Prof. agr. Cachera, Dr Azerad, Mme le Dr Bertrand-Fontaine, Dr Ravina.
Bicêtre. — Prof. Moreau, Prof. agr. Lemaire, Dr Boudin.
Bichat. — Prof. Guy Laroche, Prof. Justin-Besançon, Dr Gautier, Dr Faroy, Dr Paraf.
Boucicaut. — Prof. agr. Brouet, Dr Gilbert Dreyfus, Dr Moussoir (3e année).
Broussais. — Prof. Donzelot, Prof. agr. Chevallier, Prof. agr. de Gennes, Dr Mauric (3e année).
Cochin. — Prof. Harvier, Prof. agr. Coste, Dr Bourgeois, Dr Schwob.
Corentin-Colton (Petits-Ménages). — Dr Layani.
Foch (Suresnes). — Prof. agr. Kourilsky.
Hôtel-Dieu. — Prof. Henri Benard, Prof. agr. Bariéty, Prof. agr. Garcin, Dr Nicaud, Dr Lambling, Dr Albeaux-Fernet.
Hospice d'Ivry. — Dr Mahoudeau.
Laënnec. — Prof. Etienne Bernard, Dr Gutmann, Dr Lechelle, Dr René Benard, Dr Lièvre, Dr Pruvost.
Maison municipale de Santé. — Dr Fernand Benoist.
Necker. — Doyen Léon Binet, Dr Debray, Dr Jacquelin, Dr Poumailloux.
Pitié. — Prof. Charles Richet, Dr Uhry.
Raymond-Poincaré (Garches). — Dr Rouques.
Saint-Antoine. — Prof. Loeper, Prof. agr. Decourt, Prof. agr. Mouquin, Prof. agr. Boulin, Dr Albot.
Saint-Louis. — Dr Pollet.
Tenon. — Prof. agr. Marchal, Dr Even, Dr May, Dr Hillemand, Dr Rachet, Dr Cattan.

CHIRURGIE

Beaujon-Clichy. — Prof. agr. Sicard, Dr Flabeau.
Bichat. — Prof. Petit-Dutaillis, Prof. agr. Ameline, Dr Charrier.
Bretonneau. — Dr Boppe.
Broussais. — Prof. Basset, Prof. agr. de Gaudart d'Allaines.
Cochin. — Prof. Mathieu.
Corentin-Colton. — Prof. agr. Gatellier.
Ivry. — Dr Welti.
Laennec. — Dr Raoul Monod, Dr Robert Monod.
Marmottan. — Dr Banzet.
Necker. — Prof. Leveuf, Dr Berger, Dr Kuss.
Neuilly. — Dr Billet.
Pitié. — Dr Huet.
Raymond-Poincaré. — Dr Gérard-Marchant.
Saint-Antoine. — Dr René Kuss.
Saint-Louis. — Prof. agr. Fèvre, Dr Raymond Bernard, Dr Bazy.
Saint-Vincent-de-Paul. — Dr Petit.
Salpêtrière. — Prof. Mondor.
Tenon. — Prof. Moulonguet.
Trousseau. — Dr Sorrel.
Vaugirard. — Prof. Seneque.

3e ANNÉE

Cliniques médicales infantiles

Bretonneau. — Dr Janet, Dr Robert Clément, Dr Jean Weill.
Enfants-Malades. — Prof. Robert Debré,

Prof. agr. Lamy, Dr Heuyer, Dr Chevalley, Dr Julien Huber.
Herold. — Prof. agr. Julien Marie, Dr Clément Launay.
Saint-Vincent-de-Paul (Enfants - Assistés). — Prof. Lelong.
Saint-Louis. — Prof. agr. Turpin.
Trousseau. — Prof. Cathala, Dr Marquezy.

4e Année

Stages de spécialistes

Neurologie. — Prof. Guillain (Salpêtrière).
Dermatologie. — Prof. Gougerot (Saint-Louis), avec la collaboration des Drs Weissenbach, Touraine, Flandin, Tzanck, Degos, Durel (Saint-Lazare).
Accouchements (Services à désigner en tenant compte de la durée du stage).
Séries I et III. — Prof. Lautuejoul (Tarnier) ; Prof. Lévy-Solal (Baudelocque) ; Prof. agr. Ecalle (Boucicaut) ; Dr Grasset (Foch, Suresnes) ; Dr Mayer (Saint-Vincent-de-Paul) ; Dr Ravina (Lariboisière).
Séries II et IV. — Prof. agr. Sureau (Pitié) ; Prof. agr. Lacomme (Saint-Antoine); Prof. agr. Digonnet (Saint-Louis) ; Dr Lepage (Tenon) ; Dr Suzor (Bichat) ; Dr Cleisz (Hôtel-Dieu).
M. le Prof. Portes ne peut recevoir dans son service à la Maternité de Port-Royal que des étudiantes de toutes les séries de stage.
Psychiatrie. — Prof. Delay (Sainte-Anne).
Urologie. — Prof. Fey (Cochin), avec la collaboration de MM. Pr. agr. Couvelaire (Saint-Louis), Dr Gouverneur (Necker), Dr Michon (Lariboisière).
Ophtalmologie. — Prof. Velter (Hôtel-Dieu).
Oto-Rhino-Laryngologie. — Prof. Lemaitre (Lariboisière).

LEGION D'HONNEUR

Education nationale

Commandeur. — M. le doyen Baudouin (Paris) ; M. Faral, administrateur du Collège de France.
Chevalier. — M. le professeur Fey (Paris) ; M. Pierre Gauja, secrétaire archiviste de l'Académie des sciences.

SANTE PUBLIQUE

Commission consultative de la transfusion sanguine et de la réanimation. — Il est créé auprès du ministre de la Santé publique une Commission consultative de la transfusion sanguine et de la réanimation. Sont nommés membres de cette commission : MM. les Drs Tzanck, Benhamou, Binet, Debré, Charrier, Dujarric de la Rivière, Gougerot, Jame, Klotz, Lamy, Lemaire, Lemierre, Lévy-Solal, Marchal, Robert Monod, Roussy et Rouvillois.

Médecins inspecteurs de la Santé. — Il est ouvert un concours pour le recrutement de médecins inspecteurs stagiaires de la Santé.
Les épreuves écrites auront lieu le 3 décembre à Paris et, éventuellement, dans un centre qui sera désigné ultérieurement. Les épreuves orales auront lieu à Paris. Le nombre des places mises au concours est de trente.
Peuvent être admis à concourir les candidats de l'un et l'autre sexe remplissant les conditions fixées par le décret du 4 octobre 1945. (J. O., 7 octobre 1945.)
Les demandes d'inscription devront être adressées au ministère de la Santé publique (direction du personnel, 2e bureau), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e), jusqu'au 20 novembre 1946 dernier délai.

Enfance inadaptée. — Il est institué une commission chargée d'émettre un avis sur les demandes de subventions présentées au titre de l'enfance inadaptée, déficiente, ou en danger moral.

Infirmières de sanatoriums. — Un arrêté du 4 septembre, publié par le J. O. du 24 septembre, est relatif aux certificats délivrés à ces infirmières.

Répartition de la pénicilline. — Un arrêté du 10 septembre (J. O. 24 septembre) réglemente l'organisation de la répartition de la pénicilline chez les pharmaciens et officines disposant des moyens de conservation requis (frigidaires et glacières).
La pénicilline ne sera délivrée que sur ordonnance médicale.

ANCIENS COMBATTANTS

Commission consultative de prothèse et d'orthopédie. — Sont nommés membres de la commission : MM. les Drs Magnier, Abadie, le prof. Leveuf, les Drs Rœderer, Raphaël Massart, Ingelrans, le méd. col. Giraud, le méd. colonel Pinelli, le méd. en chef de 1re classe de la marine Pervès, le méd. comm. Cuzin, les Drs Hyrominus, Cloup et Prunet-Fitte.
(J. O., 25 sept. 1946.)

MINISTERE DE L'INFORMATION

M. Paul Colin, sous-directeur à l'administration centrale de l'Information, a été nommé directeur des services de presse à compter du 1er juillet 1946 en remplacement de M. Bougouin.
(J. O., 29 sept. 1946.)

EDUCATION NATIONALE

Docteur « honoris causa ». — L'Université de Lyon a décerné le titre de docteur « honoris causa » à M. Bernard A. Houssay professeur de physique à l'Université de Buenos-Ayres, et à M. Miguel Osorio de Almeida, professeur de physiologie à l'Université de Rio-de-Janeiro.

ARMEES

Marine. — M. le médecin en chef de 1re classe Bideau est nommé médecin général de 2e classe dans la 2e section du cadre des officiers généraux.

Union Internationale de Thérapeutique

L'Assemblée plénière de l'Union Internationale de Thérapeutique se tiendra à Paris à la Faculté de médecine, le 18 octobre 1946, sous la présidence du professeur Loeper. Elle coïncidera avec l'inauguration solennelle de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie (ancienne Société de Thérapeutique) que préside le Dr Bory.
Les sujets choisis sont : « Le fer en thérapeutique » et « La thérapeutique dans les aérosols ». Des rapports sur ces deux sujets y seront présentés par les diverses personnalités éminentes de la France et des pays alliés.

Journées Thérapeutiques de Paris
sous les auspices de l'Union Thérapeutique et de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie
Vendredi 18 et samedi 19 octobre 1946

Ces deux journées se tiendront à la Faculté de médecine, salle du Conseil. Le programme est actuellement le suivant :
Première journée. — Vendredi 18 : 9 h. et 14 h. 30, séance plénière de l'Union Thérapeutique, sous la présidence du prof. Loeper.
Question à l'ordre du jour : « Le Fer en Thérapeutique ».
Rapporteurs : Professeurs Hoet et Lederer, de Belgique : Les bases physiologiques de la Thérapeutique martiale. — Professeur Labarre et Docteur Reuss, de Bruxelles : Le dosage du fer sérique. — Professeur Mc Cance, de Cambridge, et Docteur Widdowsen : Action pharmacodynamique du fer. — Professeur Vannotti, de Lausanne : Le fer radioactif. — Professeur Wahlkist, de Stockholm : L'absorption du fer par l'intestin. — Professeur Gordonoff, de Berne : Fer et acide ascorbique. — Professeurs Hazard et Lemaire, La Fontaine et Mallarmé : L'introduction du fer par voie parentérale. — Professeur Rietti, de Ferrare : La surveillance hématologique de la Thérapeutique martiale. — Professeur Blanquet, de Clermont-Ferrand : Le fer des eaux minérales.
Deuxième journée. — Samedi 19, 9 h. 30 et 14 h. 30. Séance inaugurale de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie, sous la présidence du Dr. Louis Bory.
Questions à l'ordre du jour : La Voie pulmonaire en thérapeutique et les aérosols.
Rapporteurs. — Historique : M. le pharmacien-colonel Bruère. — Considérations physiologiques sur l'alvéole pulmonaire et introduction à l'étude physiologique des micro-brouillards : M. le professeur Léon Binet. — Physique, mesure, appareillage, dosage des aérosols : MM. le professeur Dognon et Delaville. — L'Aérosolthérapie : Dr Biancani, Dr Tiffeneau. — Les micro-brouillards en thérapeutique hydro-minérale et climatique : Professeurs Justin-Besançon et Ch. Debray. — Les micro-brouillards en hygiène industrielle : Dr Barthe, Dr Gaultier.
Un dîner réunira, le soir du 19, à 20 h., les congressistes qui pourront y souscrire le matin de la première journée.
Les personnalités qui désireraient s'inscrire pour une communication ou la discussion des rapports sont priées d'adresser le plus tôt possible le titre et un court résumé de leur intervention, soit à M. le professeur Loeper, soit au Dr L. Bory, clinique thérapeutique, hôpital Saint-Antoine, Paris.
(Suite des informations p. 437.)

RENSEIGNEMENTS

Ville de Marseille

Deux concours seront ouverts à la mairie de Marseille :
1° Le 6 novembre 1946, pour le recrutement d'un médecin au Service social ;
2° Le 19 novembre 1946, pour le recrutement d'un médecin inspecteur des écoles.
Il s'agit de postes à plein temps, ouverts aux candidats des deux sexes.
Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la mairie de Marseille (Service des Concours).

Docteur cherche pour adoption fillette orpheline, environ 6 ans, antécédents normaux, bonne santé, bon équilibre psychique. — S'adresser au Journal.


TRAITEMENT
DES ANÉMIES
ET DES
DÉFICIENCES
NEURO-
ORGANIQUES
SOJAMINOL, complexe d'acides aminés : histidine, tryptophane, extrait du SOJA, riche en vitamines naturelles du groupe B associé aux glucanates de Fer et de Cuivre et à un neuratonique ataxique de synthèse : l'Ambotolyl.
MODE D'EMPLOI :
Adultes : 2 comprimés à chacun des trois repas.
Enfants : 2 comprimés à chacun des deux principaux repas.
SOJAMINOL
COMPRIMÉS
LABORATOIRE
du NEUROTENSYL
72, Bd Davout - PARIS (20e)


Comment prescrire le Ganidan
Sulfamide spécifique des infections intestinales
GANIDAN
Comprimés à 0g50
DIVISER LA DOSE QUOTIDIENNE EN DEUX PRISES SEULEMENT
TRAITEMENT D'ATTAQUE
(2 à 3 jours)
DOSES JOURNALIÈRES
Nourrissons : 2 comprimés
Enfants : 4 à 8 comprimés
Adultes : 8 à 12 comprimés
PUIS POSOLOGIE DÉGRESSIVE
Traitement de 5 à 8 jours
Boissons abondantes
Specia
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Marques Poulenc frères et Usines du Rhône
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS - 8e
ODETTE ZÉAU

A propos des régulations hormonales dissociées

Limitation et spécialisation des effets hormonaux

par M. Maurice Wahl (Marseille)

Multiplicité et limitation des effets hormonaux.

Les indications actuelles de la thérapeutique hormonale sont vastes mais presque toutes établies en fonction du principe de substitution. Les possibilités d'augmenter les effets de la sécrétion des glandes internes (auxothérapie du professeur Loeper) ont été beaucoup moins étudiées.

Chaque effet endocrinien est bridé chez l'homme sain par des régulations antagonistes. Celles-ci sont si stables (et si mal connues) qu'on obtient très peu de résultats qui soient mesurables en poids par le chimiste. A part l'effet hypoglycémiant de l'insuline, la plupart des indications hormonales échappent encore malheureusement aux règles rigoureuses et objectives de la thérapeutique générale.

L'impossibilité de la mesure éventuelle de ces effets me semble liée à la multiplicité des causes qui viennent limiter l'efficience hormonale chacune pour leur propre compte et dans une foule de domaines particuliers. Le résultat en est une dissociation apparente des effets biologiques.

Le dogme de la *spécificité hormonale* peut être interprété de bien des manières.

Il apparaît difficile à concevoir qu'une substance douée d'activités aussi importantes qu'une hormone borne ses effets à une seule fonction biologique.

La spécificité biologique des hormones n'est pas si clairement démontrée, *Nous ignorons sous quelle forme exacte le produit glandulaire est sécrété.*

Nous ignorons sous quelle forme il est transporté au lieu de son emploi et enfin sous quelle forme il est utilisé.

Comment vouloir, dans ces conditions, s'attacher encore à considérer comme unique l'effet le plus apparent, celui qui tombe grossièrement sous les sens ?

De fait, on observe à tout moment la diversité des effets d'une même hormone dans l'économie.

On peut chercher à définir ces effets dissociés autrement qu'en étudiant les interdépendances biologiques entre les glandes et les récepteurs : l'hypothèse qui assigne à une hormone identique à elle-même une aussi grande diversité d'effets, n'est pas sans soulever quelques objections. Si on considère que ces conséquences doivent être enchaînées par avance d'une façon préétablie les unes aux autres, on arrive à être fort gêné pour comprendre les phénomènes très courants d'adaptation.

Spécificité hormonale. — Le problème de la spécificité hormonale peut se concevoir sous un autre jour que celui étroitement physiologique. On peut envisager que chaque hormone soit douée *d'un effet chimique spécifique : provoquer une réaction type portant sur un « radical » déterminé de la matière vivante.*

L'effet biologique ne dépendra que de la mise en œuvre de cette réaction chimique.

Dans quelques cas ceci pourra correspondre simplement à une augmentation très forte de la vitesse d'une réaction pratiquement nulle, c'est-à-dire latente. Il faudra définir l'entrée en jeu des facteurs qui feront croître la vitesse d'une réaction chimique jusqu'à un ordre de grandeur mesurable.

Il faut aussi tenter de déterminer les modifications chimiques plus profondes que peut subir une même hormone. La nature immuable des hormones est un mythe.

La glande endocrine secrète rarement une hormone unique. *Les chimistes isolent trop souvent dans le parenchyme glandulaire lui-même des produits d'activités diverses plus ou moins apparentés à l'hormone pour qu'il s'agisse toujours d'arte-fact.* Quelques-uns de ces « sous-produits » sont si proches de la structure hormonale qu'on peut dire qu'ils en dérivent.

Comme des substances d'un type de structure hormonal déterminé peuvent se rencontrer répandues d'une façon plus ou moins large dans la matière vivante et jusque dans le règne végétal, on aperçoit que la barrière qui sépare certaines sécrétions endocrines de corps comme les vitamines par exemple soit parfois bien fragile.

Instabilité des hormones. — La multiplicité des hormones hypophysaires a surpris les biologistes. Les chimistes savent qu'on les isole avec de grandes difficultés les unes des autres par des distillations fractionnées sous des pH différents par exemple ; le doute s'est donc glissé sur la valeur absolue de ces modes de séparation ; Abel pour les hormones du lobe postérieur, Riddle pour celles du lobe antérieur, ont formulé les réserves les plus catégoriques et Bayer a pu préciser quelques aspects de la structure physique de ces hormones en rapport avec la détermination de leurs effets : il n'est pas d'argument meilleur pour amener à admettre qu'elles puissent dériver d'un produit unique au cours d'élaborations successives.

Les hormones hypophysaires exercent presque tous leurs effets sur la nutrition des tissus, ce ne sont pas des hormones énergétiques comme l'insuline ; elles n'ont pas d'affinités violentes et exclusives, mais au contraire des affinités multiples et aisément modifiables.

L'instabilité chimique des hormones a frappé tous les chercheurs. L'état d'une même hormone n'est pas identique dans la glande, dans le sang, aux lieux divers ou unique de son utilisation.

Ces modifications de structure ne sont-elles pas en rapport avec ces balancements d'effets qu'on trouve parfois quand l'excès de développement d'une fonction va de pair avec la déficience d'une autre comme cela se produit souvent, par exemple, dans l'acromégalie en ce qui concerne l'activité génitale ?

Cette hypothèse permet encore de concevoir que des effets secondaires de l'hormone ne soient possibles qu'à la faveur d'un arrêt de son activité principale.

S'il est une preuve de l'instabilité hormonale, c'est la rareté avec laquelle on peut déceler ou reconstituer la forme active d'une hormone dans le sang. Certaines sont transportées unies très intimement à des substances qui les rendent alors complètement inactives.

L'insuline est une hormone à laquelle on parvient facilement à faire perdre son activité principale.

On peut ensuite la lui rendre par des manipulations chimiques simples.

Witzemann et Livhis ont signalé les premiers qu'une solution de N/2 d'ammoniaque l'inactivait en sept à huit jours.

Ruzicka, Freudenberg ont confirmé et étendu ces expériences : on a découvert ainsi un dérivé acétylé de l'insuline, un ester méthylique, un produit de transformation avec l'aldéhyde formique, un autre avec l'iode, tous inactifs.

Mais on peut obtenir la réactivation assez facilement. Si l'hormone a été traitée par l'ammoniaque, l'acide chlorhydrique dilué libère sa forme active vis à vis des sucres.

Pour les dérivés acétylé et méthylique, il suffit de chauffer quelque temps avec la soude diluée.

L'insuline active contre l'hyperglycémie est libérée du dérivé formique par chauffage en présence d'acide chlorhydrique dilué ; de son dérivé iodé par toute réduction très modérée.

Et voici maintenant un exemple d'inactivation qui n'apparaît plus du tout comme une simple curiosité, mais comme une source certaine d'applications biologiques. On ne tardera pas à mettre en évidence les conséquences que ceci ne peut manquer d'avoir dans le domaine de la biologie humaine. L'insuline est inactivée sans difficultés sérieuses par un transporteur d'hydrogène aussi répandu que la cystéine et toute oxydation suffisamment modérée entraîne sa réactivation. L'inactivation de l'insuline par les transporteurs d'hydrogène a été interprétée par du Vignaud comme correspondant à la rupture d'un groupement disulfure.

Nous avons quelques raisons de croire qu'il s'agit là d'une véritable fonction biologique et que l'insuline devenue inactive vis à vis des sucres manifeste vis à vis d'autres substances des affinités qui ont des conséquences non moins importantes pour la nutrition proprement dite des tissus.

Cette inactivation permet à l'insuline de jouer un rôle nouveau, un rôle plastique et non plus énergétique.

Les sous-produits hormonaux.

1° C'est une hypothèse à discuter que d'assigner à une même glande la possibilité d'émettre des hormones plus ou moins différentes sous l'influence de stimuli différents.

Cette hypothèse a été émise à la suite des travaux de Giroud sur l'influence de la vitamine C sur la secrétion d'une cortine orientée spécialement vers la lutte anti-infectieuse.

Il a été démontré que dans quelques cas c'est le produit à transformer par l'hormone qui joue le rôle d'excitant direct de sa sécrétion. Gayet a prouvé que le glucose est un stimulant direct de la sécrétion langerhansienne de l'insuline hypoglycémiante, qu'il est actif par voie humorale et non par voie nerveuse ;

2° Pour préciser le rôle exact des stimuli chimiques dans le déterminisme de la réaction hormonale, il faudra pouvoir dire si ceux-ci restent ou non inclus dans la sécrétion qu'ils engendrent, et sous quelle forme éventuelle ils pourraient s'y intégrer ;

3° Pour des raisons inconnues, l'hormone est souvent liée indissolublement dans la glande à des impuretés (lipides, amino-acides) certaines fractions restant incristallisables et impossibles à détecter par la voie chimique (cortex surrénal). Il est possible ou probable que ce soient des combinaisons de ce genre qui, dans le parenchyme orchitique, empêchent d'isoler des quantités appréciables d'hormone mâle.

Dans la glande thyroïde, au contraire, la stagnation obligée du produit de sécrétion aboutit à de multiples transformations dont on peut se faire une idée plus ou moins précise par l'analyse

chimique. *Cette stagnation quand elle se produit paraît augmenter fortement la tolérance à l'hormone thyroïdienne.*

CONDITIONS DE SÉCRÉTION.

Pour qu'une glande sécrète sous l'influence d'un stimulus, il faut que soient réalisées des conditions non seulement physiologiques, mais chimico-physiques.

A la période réfractaire de la vie des glandes à activité cyclique les stimuli restent sans effets apparents.

Sur d'autres cellules endocrines, l'excès de stimulus aboutit rapidement à la *dystrophie*, voire à la *dégénérescence* des parenchymes, c'est bientôt l'épuisement par manque de matériaux de sécrétion. Dans son Précis d'Endocrinologie, le professeur Fiessinger déclare avoir observé à l'autopsie d'un typhique une glande cortico-surrénale non lésée, mais qui paraissait inapte à toute sécrétion du fait de l'absence de toute figure active ; elle semblait seulement épuisée.

QUALITÉ DES EFFETS DES HORMONES.

J'estime que chaque hormone agit à la fois mais pas toujours simultanément sur deux catégories de phénomènes de nature différente : *sur l'assimilation des composés en voie de transformation vers leur utilisation comme sources d'énergie vitale* et, *d'autre part, en vue de leur identification complète à la substance de nos tissus*, c'est-à-dire pour permettre leur emploi comme produits de remplacement et de croissance des cellules.

Pour la plupart des hormones l'une des deux fonctions prédomine apparemment sur l'autre et l'éclipse à première vue complètement.

1° *L'insuline, la thyroxine, l'hormone parathyroïenne, peut-être certaines hormones hépatiques ont des effets très visibles et prépondérants sur le métabolisme de l'énergie.*

Au contraire, les effets évidents des sécrétions hypophysaires, testiculaires, ovariennes, sont des effets morphologiques et trophiques.

2° Les hormones du premier groupe ont une efficience énergétique proportionnée quantitativement à leurs doses.

Au contraire, les hormones à prédominance trophotissulaire ne paraissent jamais agir nettement suivant les quantités introduites : LEURS EFFETS SONT BRIDÉS ÉTROITEMENT PAR DES RÉGULATIONS TRÈS RIGIDES.

La distinction toute schématique que nous paraissons établir entre ces deux groupes a surtout pour but de montrer l'opposition de la nature des RÉGULATIONS PLASTIQUES, à celle des RÉGULATIONS ÉNERGÉTIQUES.

Il est probable que les hormones surtout plastiques sont plus instables, plus faciles à remanier dans leurs structures : leurs affinités sont moins sélectives et moins violentes.

Il est possible et même probable que certains effets plastiques ne peuvent se produire que lorsque l'effet énergétique de la même hormone a été annihilé.

Il faut rapprocher cette conception du fait que Dragstedt d'une part, Cristol, Hédon et Loubatières de l'autre, ont montré que certaines sécrétions langerhansiennes ont une influence sur l'utilisation des lipides, différente de l'efficience insulinique-type.

La glande cortico-surrénale possède autant d'effets énergétiques que plastiques, mais il n'en existe pas moins un certain antagonisme entre plusieurs d'entre eux.

On peut considérer comme très vraisemblable que chaque glande a des effets énergétiques et des effets plastiques ; qu'ils sont dissociés, relativement indépendants et parfois opposés les uns aux autres.

***

Si on observe le déterminisme des effets hormonaux non plus en fonction de la sécrétion hormonale, mais des conditions de leur application périphérique, on peut distinguer deux modes généraux de régulation bien distincts :

a) *La régulation hormono-hormonale dite antagoniste ;*

b) *La régulation par les matériaux contenus dans les organes récepteurs.*

Souvent ils se conjuguent et l'effet biologique de l'hormone ne se produira que si l'organe récepteur a été modifié par la fixation préalable d'une autre hormone : c'est le cas des activités de nidations ou œstrogènes de l'ovaire.

FAUX ANTAGONISMES HORMONAUX.

Il arrive qu'une hormone vienne arrêter le cours d'un cycle nutritif commandé par un autre.

On peut croire qu'il y a antagonisme entre les deux hormones ; ce n'est pas toujours certain.

En fait, la seconde hormone peut se borner à orienter vers une voie nouvelle certains composés parvenus à un stade déterminé de leur évolution.

1° Elle aiguille donc ces composés vers des synthèses nouvelles : par rapport à l'évolution primitive les effets de la seconde hormone apparaissent comme des *effets de complément.*

Loin qu'il y ait antagonisme vrai, il y a au contraire sujétion de l'hormone spécialisée à l'hormone générale.

2° D'autres fois, il y a concurrence entre des produits de nature très différente vis-à-vis d'un « traitement » chimique donné, commandé par une même hormone. Sur certains corps l'hormone agit directement, sur d'autres elle n'a d'effet que grâce à des substances quelle a dû d'abord transformer : tel est le point de départ de cascades de réactions chimiques.

La transformation de ces intermédiaires entre en concurrence avec celle que subit la classe d'éléments directement sensibles à l'effet hormonal, l'un ralentit l'autre.

Deux fonctions connexes se produisent ainsi apparemment aux dépens l'une de l'autre.

3° Il existe des équilibres nutritifs remarquablement fixes : par exemple les constantes sériques spécifiques.

Si ces équilibres nutritifs sont altérés on est en droit, semble-t-il, de songer à l'existence d'un état dyscrasique. Il semble aussi que la cellule qui baigne dans un pareil milieu devient moins sensible aux effets hormonaux.

En général, l'équilibre nutritif apparaît plus indispensable aux effets hormonaux qu'aux effets vitaminiques. Si le terrain n'a pas été préparé l'efficience hormonale est nulle.

Inversement, l'excès d'hormone provoque la transformation complète des matériaux contenus dans la glande ; quand ceux-ci ne peuvent se renouveler très vite par suite de déficiences organiques, l'effet s'épuise rapidement.

***

Cet aperçu général doit faire ressortir l'importance des études chimiques dans la recherche des conditions des régulations endocrines. Les réactions chimiques donnent la clé de la plupart des phénomènes observés par le physiologiste.

L'hormone n'est pas forcément une substance sécrétée par un seul organe et adaptée à un seul usage ; des cellules assez différentes, peuvent donner naissance à des produits à peu près identiques. Et, d'autre part, des différentes substances de structure voisine peuvent être douées dans certaines conditions de l'effet hormonal.

La structure hormonale est modifiable dans les conditions physiologiques d'activité des tissus par la présence de certains corps ; les produits qui peuvent prendre naissance ne sont pas forcément inactifs.

Peu de notions d'ensemble peuvent être dégagées de l'étude des régulations hormonales. Mais il apparaît bien que *les hormones qui ont les effets les plus étendus et les plus divers sur la nutrition de la matière vivante sont celles dont les effets sont le plus étroitement assujettis à des conditions d'efficiences diverses et nombreuses.*

On serait tenté de dire que tout se passe comme si elles étaient fragiles et protéiformes par nature et que cette altérabilité doive être considérée comme une condition de la multiplicité de leurs effets.

FAITS CLINIQUES

Transplantation accidentelle d'un cancer dans la salle d'opérations. — MM. W.-W. BRANDES, W.-C. WHITE et J.-B. SUTTON rapportent (*Surg. Gynéc. and Obst.* 1946, 82, pp. 212-214) un cas très curieux de transplantation accidentelle d'un cancer. Notre excellent confrère belge CHEVAL, vient d'en faire une analyse dans *Bruxelles Médical* (9 juin 1946). Le fait mérite d'être signalé :

Quelques mois après une opération d'ablation du sein pour un carcinome, des nodules firent leur apparition au niveau de la cuisse où l'on avait prélevé une greffe cutanée. Après la biopsie pré-opératoire toutes les précautions avaient cependant été prises, changement des gants des opérateurs et des infirmières, des champs opératoires, des instruments, etc. Lorsque l'ablation du sein fut terminée, il fut impossible de fermer la brèche cutanée et un lambeau de peau fut pris à la cuisse sans changer les gants utilisés pendant l'opération. Leur lavage dans de l'eau stérile fut insuffisant et des cellules malignes furent greffées dans la plaie de la cuisse.

Des travaux publiés antérieurement ont démontré la nécessité de changer de gants, d'instruments, etc., après la prise d'une biopsie. Il ne faut pas négliger ces précautions.

DEUX CAS DE RÉCIDIVE DE RUBÉOLE

par M. Brelet

Avant 1922, la plupart des auteurs d'articles classiques sur la rubéole ne parlaient pas des récidives de cette maladie ; d'autres niaient leur existence. Hutinel et Louis Martin (1) les mettaient en doute : « On ne connaît pas un seul cas authentique de récidive. » En 1922, Teissier (2) signale l'observation, publiée par Mme Nageotte, d'un enfant qui a la rubéole avec adénopathies généralisées et, l'année suivante, une seconde atteinte. Gautier (3), en 1934, mentionne ce même cas.

Quelques recherches bibliographiques, très rapides et donc très incomplètes, ne m'ont pas fait trouver d'autres observations. Le dossier des récidives de la rubéole ne doit pas être bien volumineux ; je crois pouvoir y joindre une nouvelle pièce.

Le 11 mai 1944, Françoise M..., alors âgée de 6 ans, est fiévreuse ; 38°2 le matin, 39° le soir. Je ne trouve rien pour expliquer cette poussée fébrile. Le lendemain, avec des températures qui baissent déjà (38° et 37°6), elle a une éruption de petites macules rose pâle sur les joues, la poitrine, le dos, les cuisses ; plusieurs groupes ganglionnaires sont engorgés, surtout ceux de la nuque et du cou. Le diagnostic de rubéole est indiscutable. Le 13 mai, 37°9 et 37°. Le 14, 36°7. Guérison rapide, sans aucun incident.

Le 24 mai, la sœur de cette petite malade, Bernadette, âgée de 4 ans, qui, la veille, avait passé la journée comme d'habitude, déclare, à son réveil, qu'elle est un peu fatiguée ; température 38° et, le soir, 38°2. Le 25 mai, éruption très caractéristique de rubéole, avec de gros ganglions un peu partout ; forte fièvre, 39°6 et 40°1. Le 26, la température s'abaisse déjà ; apyrexie le 27. Ici encore rubéole classique, 13 jours après sa sœur.

Cette année, les deux enfants ont été encore atteintes d'une rubéole non douteuse. Le 12 mai, Françoise déjeune avec un excellent appétit ; dans l'après-midi, on s'aperçoit qu'elle a quelques petites rougeurs sur la figure ; le soir, la température est à 38°6. Je l'examine le lendemain ; éruption de rubéole sur le thorax et les membres ; gros ganglions, particulièrement volumineux derrière les oreilles ; 38°7 et 38°1. Le 14, 37°1 et 38°1. Le 15, tout est terminé.

Bernadette a, le 15 mai, une petit éruption sur les bras, sur le ventre ; la température ne dépasse pas 38°. Le 16 mai, engorgement ganglionnaire à la nuque, au cou. Elle n'a déjà plus de fièvre.

Dans ces quatre cas de rubéole, le diagnostic s'imposait et il me paraît inutile de le discuter. J'ai examiné ces enfants chaque jour et même matin et soir, étant, en même temps que leur médecin, leur grand-père. Quand survint, en 1946, la récidive de l'aînée, j'eus un instant d'hésitation au souvenir de la première atteinte de 1944 ; mais, il fallait se rendre à l'évidence ; c'était bien l'exanthème de la rubéole et la présence d'adénopathies multiples confirmait ce diagnostic.

A la suite de ces observations qui présentent peut-être de l'intérêt en raison de la rareté des récidives de la rubéole, je ferai quelques remarques sur l'étiologie de ces cas. Pour la rubéole de 1946, j'ignore la source de la contagion ; mais les fillettes habitent Nantes, vont en classe, circulent dans la ville ; elles étaient donc exposées à rencontrer des enfants en imminence de rubéole ou se promenant avec une rubéole discrète et non diagnostiquée.

Quant aux rubéoles de 1944, je crois avoir trouvé leur origine. A cette époque, les deux enfants vivaient à la campagne, dans une maison isolée, assez loin du bourg où il n'y avait d'ailleurs pas de rubéole. Mais l'aînée, celle qui fut atteinte le 11 mai, avait passé quelques jours à Paris en avril, et, le 28, alors que je la ramenais de Paris, nous voyageâmes dans le même compartiment qu'une famille de Noisy-le-Sec qui, à la suite d'un bombardement, se réfugiait au Mans ; il y avait là deux enfants dont l'un paraissait malade et sa mère nous raconta qu'elle était partie en toute hâte, traînant péniblement cet enfant qui avait une forte fièvre. Ma petite fille ayant eu la rubéole 14 jours après ce voyage, je suppose que l'enfant était atteint de cette maladie. Ce n'est qu'une hypothèse, mais très vraisemblable. Dans les voyages en chemin de fer, le danger de déraillement et de tamponnement me paraît beaucoup moindre qu'un autre danger, celui de se trouver, pendant plusieurs heures, voisin d'un malade contagieux.

(1) *Les maladies des enfants.* Tome I.
(2) *Nouveau Traité de Médecine.*
(3) *Traité de Médecine des Enfants.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 1er octobre 1946
(séance de rentrée)

Au sujet des travaux de la Conférence du Lait. — M. Martel. — Le lait doit être propre et sain, ce que ne peut réaliser une purification après coup d'un lait antérieurement souillé. A la ferme le vétérinaire, à l'école l'instituteur ont un rôle important de conseiller et d'éducateur. Pour assainir la vaisselle laitière on ne doit recourir qu'à des moyens physiques : solutions détersives chaudes, eau bouillante, vapeur d'eau. L'égouttage doit se faire à l'abri des recontaminations.

Le froid artificiel, seul conservateur des propriétés germicides du lait, doit être employé dès la ferme ; la chaîne frigorifique doit se continuer ininterrompue jusqu'à la consommation. L'Académie de Médecine doit avoir une place au sein de toutes les commissions officielles s'occupant du lait et être consultée pour toute modification, même transitoire, d'une réglementation.

Tous les antiseptiques, tous les colorants sont à proscrire du lait ; la rénovation du beurre par les alcalins, temporairement admise est néfaste.

Le mauvais lavage des beurres, cause de leur mollesse, l'abaissement au-dessous de 34 grammes au litre du taux en matières grasses du lait, minimum transitoirement admis, doivent être abandonnés. Les règlements actuels désuets nécessitent révision et modernisation.

Toutes mesures qui faciliteraient le remplacement du beurre par d'autres matières grasses dans l'alimentation sont néfastes même lorsqu'elles tendent à favoriser l'exportation.

Ces conclusions de M. Martel ont été adoptées à l'unanimité par l'Académie.

La vaccination contre le tétanos par l'anatoxine tétanique. Résultats d'ensemble obtenus dans certaines armées alliées pendant la guerre. — M. G. Ramon. — Dans les troupes britanniques, en Afrique et en Europe, le nombre des cas de tétanos a été négligeable du fait de la vaccination par l'anatoxine (Medecine général Boyd), de même au Canada et dans les Dominions.

Dans l'armée américaine où la vaccination était obligatoire, il n'y a eu pour toute la campagne et tous les théâtres d'opération trois cas de tétanos dans toute l'armée (Perrin, H. Long, de Baltimore). — Discussion : MM. Lemierre, Debré, Bazy.

Sur l'association de l'aldéhyde formique et de la chaleur pour assurer la stérilité, la stabilité, etc., des sérums et de diverses substances thérapeutiques d'origine biologique. — M. G. Ramon. — Ce procédé, introduit par l'auteur dès 1915, est depuis employé sur une vaste échelle et dans des buts divers : conservation des anatoxines et vaccins associés (1924); traitement de l'antitoxine tétanique (1938) stabilisée et dépouillée de son pouvoir de provoquer des accidents sériques ; stérilité et stabilité des substances antibiotiques.

Commission du Lait. — M. Polonovski est adjoint à la commission.

Dans la salle de la bibliothèque de l'Académie était exposé un délicieux buste de femme, en marbre blanc, œuvre du grand sculpteur Caffieri et portant la date de 1771.

Ce buste provient d'un legs du regretté Charles Achard, secrétaire général de l'Académie de Médecine.

SOCIETE DES SCIENCES MEDICALES ET BIOLOGIQUES DE MONTPELLIER ET DU LANGUEDOC MEDITERRANEEN

Séance du 14 juin 1946

Six observations de névraxite aiguë disséminée fruste, et recrudescence des névraxites disséminées récemment observées. — MM. Euzière, P. Pagès et N. Duc.

Encéphalite aiguë à symptomatologie neuro-végétative : syndrome acrodynique et œdèmes des membres supérieurs. Eruption papuleuse des jambes. — M. A. Puech.

Syndromes digestivo-œdémateux. — M. Godlewski. — Les œdèmes du tube digestif sont pariétaux et surtout muqueux : aigus (gastrites allergiques, syndromes urticariens), subaigus et chroniques (autour de lésions pariétales, sténoses incomplètes,

anémies pernicieuses), ou endo-digestifs : hydrolabilité des syndromes de déshydratation, dilatation aiguë de l'estomac, fuite de l'eau dans certains syndromes occlusifs. Le tube digestif joue par ailleurs un rôle dans les œdèmes généraux, tant par mécanisme physiopathologique général sur l'équilibre humoral, circulatoire et neurovégétatif que par l'importance de la circulation digestive dans la circulation de retour (ascite par gêne de la circulation porte, œdème aigu du poumon par vidage brusque dans la circulation pulmonaire).

Une forme particulière d'hémoglobinurie : la maladie de Marchiafava-Micheli. — MM. J. Ginestié et J. Rodier. — Jeune femme de trente-cinq ans, sans passé pathologique important, qui présente depuis trois ans, à intervalles rapprochés, sans causes apparentes, des crises d'hémolyse se traduisant par : une hémoglobinurie, un ictère franc et un état anémique, sans modification de la résistance globulaire, sans grosse rate ni gros foie. Les réactions de la syphilis sont négatives. Entre les crises hémolytiques, l'état général demeure excellent. Les auteurs estiment que cette observation doit entrer dans le cadre de la maladie de Marchiafava-Micheli, affection qui forme un véritable trait d'union entre l'ictère hémolytique et l'hémoglobinurie paroxystique.

Etudes clinique et biologique d'un cas de myasthénie. — MM. L. Rimbaud, L. Hédon, P. Passouant et J. Nicolas. — Atteinte des muscles oculaires droits, légère amyotrophie des extenseurs aux membres supérieurs, médiastin normal. Action remarquable de la prostigmine dont la durée d'efficacité ne dépasse pas deux heures. Echec relatif de l'éphédrine et de l'ortédrine. Echec complet de l'insuline (40 unités par jour) et du gluconate de calcium. Cholinestérase sérique normale. Acétylcholine musculaire, un γ par g. de muscle. Cholinestérase musculaire abaissée P. e. G. entre 100 et 200. Le muscle myasthénique est moins riche en acétylcholine que le muscle myotonique. Etant donné que l'intermédiaire chimique n'a pas été retrouvé dans le muscle normal, sa diffusion pourrait dépendre d'une lésion de la plaque myo-neurale et sa présence traduirait une état « myopathique » de fond.

La cholinestérase sérique au cours de la myasthénie. — MM. P. Passouant, C. Benezech et Mlle Dutartre ont trouvé la valeur de la cholinestérase sérique normale dans deux cas de myasthénie. La prostigmine entraîne un abaissement du taux diastasique de 15 à 20 %. La quinine donne des résultats divergents : augmentation de 25 % dans un cas après ingestion pendant trois jours de o gr. 50 de quinine ; pas de variation dans l'autre cas après injection intraveineuse de o gr. 50 de quinine. Pas de variation du taux estérasique sous l'action de l'insuline et du gluconate de calcium.

Deux cas de myopathie de l'adulte. — MM. J. Euzière, N. Duc et L. Bertrand.

Cas instructifs de pseudo-psychasthénie. — MM. J. Euzière, P. Pages et N. Duc rapportent trois observations de malades étiquetés psychasthéniques et qui étaient en réalité respectivement atteints d'infection à virus neurotrope, de leucémie myéloïde et de tumeurs intracrâniennes.

Paralysie obstétricale du type Duchenne-Erb, associée à une hémorragie méningée. Contrôle anatomique. — MM. J. Cadéras de Kerleau, J. Balmès, G. Durand et J. Pascoët. — Après une grande extraction de siège avec manœuvre de Mauriceau difficile, et application de forceps sur la tête dernière, le fœtus (2.850 gr.) n'est ranimé que par une ponction lombaire qui ramène un liquide hémorragique. L'enfant présente une paralysie du membre supérieur droit du type Duchenne-Erb, sans autre lésion neurologique ni viscérale. Le lendemain le liquide céphalo-rachidien est encore hémorragique. Exitus à la 36e heure.

Contrôle anatomique : Volumineux hématome de la tente du cervelet. Les hémisphères cérébraux et le plexus brachial droit sont macroscopiquement indemnes de lésions. Histologiquement (Dr Guibert) pas de lésions dans la moelle cervicale, mais sur les racines du plexus brachial : infiltration lymphocytaire diffuse prédominant au niveau des cellules ganglionnaires de C3, C4 et C5, avec signes de neurophagie pour les cellules ganglionnaires de C4 et C5. La paralysie et surtout la forme partielle de cette paralysie sont donc expliquées par les lésions histologiques décelées au niveau des 4e et 5e racines du plexus brachial.

Quelques aspects cliniques intéressants de la pathologie post-natale (Maternité de Montpellier, hiver 1945-1946). — MM. J. Cadéras de Kerleau, J. Balmès et Durand.

Septicémie à colibacilles des suites de couches avec troubles psychiques. — MM. J. Cadéras de Kerleau, G. Durand et J. Pascoët ont observé chez une primigeste de 35 ans, 4 jours après l'accouchement, un état septicémique, avec hémoculture positive, à colibacilles et un état confusionnel avec petites bouffées délirantes oniriques. Rétrocession de tous ces troubles en 4 jours sous l'influence de la thérapeutique. Tous ces éléments ont été signalés par Baruk et Forrestier, qui ont démontré, en particulier, le rôle de la toxine neurotrope colibacillaire sur les centres du sommeil et dans les états oniriques.

Accidents apoplectiques révélateurs d'une hypertension arterielle pseudo-tumorale. — MM. P. Pagès et L. Bertrand rapportent le cas d'un homme de 54 ans, reconnu hypertendu à l'occasion d'épistaxis récidivantes, qui présentait depuis quelques mois des crises d'épilepsie, lorsque l'apparition brutale d'un coma en contracture avec hémiplégie en imposa pour une hémorragie méningée. Mais le L.C.R. clair et de composition normale, l'heureux effet de la ponction lombaire sur le coma et surtout la constatation ophalmoscopique d'une papillo-rétinite hypertensive avec œdème, hémorragies, exsudats et hypertension rétinienne diastolique relative, rectifièrent le diagnostic en faveur d'une hypertension artérielle pseudo-tumorale, qui chez ce malade revêtait une forme apoplectique ; le taux élevé de l'azotémie (o gr. 80), seul signe d'atteinte rénale, n'orientait pas le diagnostic. Mort par pleurésie purulente intercurrente.

Lymphoblastose subaiguë de l'enfant à forme lymphosarcomateuse. Evolution fatale malgré la régression thérapeutique du syndrome médiastino-pleural. — MM. G. Boudet, R. Bosc, L. Bertrand et H. Latour ont observé, chez une fillette de 10 ans, un syndrome clinique rappelant la leucosarcomatose de Sternberg : vaste épanchement pleural gauche déviant à droite cœur et médiastin, énormes adénopathies généralisées, hépatosplénomégalie, tous signes évoluant depuis 3 mois sans fièvre, mais avec une altération profonde de l'état général. Sang subleucémique (25.000 G.B.) avec lymphocytose ; nappe dense et uniforme de leucoblastes typiques à réaction peroxydasique négative dans les myélogrammes, splénogramme et liquide pleural. Hyperplasie leucoblastique ganglionnaire, infiltrats leucoblastiques des espaces porte à la ponction-biopsie du foie. Le traitement colchicinique par voie sternale et pleurale, puis la radiothérapie focalisée sur la rate et l'hémithorax gauche, entraînent le tarissement de l'épanchement pleural, la réexpansion pulmonaire avec retour du cœur et du médiastin vers la gauche, se manifestant par une rémission clinique spectaculaire.

Effet néfaste d'une séance de téléradiothérapie entraînant la mort avec fièvre et purpura au 3e mois. Les auteurs envisagent à ce propos le problème de la leucosarcomatose ; dans ce cas, l'absence d'une tumeur mère dûment décelée n'autorise pas à parler de lymphosarcomatose, mais de lymphoblastose subaiguë à forme lymphosarcomateuse.

Infestation familiale par un petit tenia : hymenolepis nana. — MM. G. Boudet, R. Bosc et H. Latour. — Une enfant de 3 ans, après un séjour d'un mois à proximité d'un camp de soldats africains, présente une rectocolite hémorragique tenace ; les examens coprologiques montrent qu'il s'agit d'une parasitose par Hymenolepis Nana. Par la suite, les 3 autres enfants de la famille sont infestés par la malade, les parents restent indemnes. Les auteurs insistent sur la grande rareté de cette parasitose dans nos régions, sur sa localisation presque exclusive à la région méditerranéenne et sur sa résistance aux anthelmintiques.

Séance du 5 juillet 1946

Considérations sur la pathogénie de l'œdème du cerveau à propos de deux cas d'œdème cérébral actif. — M. M. Moirot rappelle l'importance de l'œdème du cerveau observé au cours d'interventions neuro-chirurgicales, sa provocation expérimentale et les hypothèses que soulève sa pathogénie. L'hypotolamus paraît responsable de son mécanisme et plus particulièrement les organes épendymaires. L'auteur entreprend des recherches expérimentales sur la question.

Galactorrhée après thoracoplastie. — MM. Mourgue-Molines, J. Vidal et Salager ont observé, chez une femme hypoménorrhéique, l'installation d'une galactorrhée persistante, aussitôt après une thoracoplastie. Le facteur susceptible d'avoir retenti sur l'hypophyse pour provoquer son hyperfonctionnement est, soit le choc opératoire avec hémorragie abondante, soit l'agent anesthésique (Duna-13).

La bronchectasie après thoracoplastie. — MM. J. Vidal et Mirouze relatent deux observations de bronchectasies qui ont succédé à une thoracoplastie dans un délai variant de quelques semaines à plusieurs années. Des coudures bronchiques provo-

quées par l'acte opératoire sont susceptibles de réaliser soit une atélectasie bronchectasiante, soit plus simplement une rétention des sécrétions bronchiques suivie d'infection, elle-même génératrice de bronchectasie.

La forme délirante de l'intolérance à la chrysothérapie intra-pleurale. — M. J. Vidal publie un nouveau cas dans lequel la chrysothérapie intra-pleurale a provoqué un accès de délire hallucinatoire. La répétition des mêmes accidents à l'occasion de chaque injection a obligé à interrompre le traitement. Les constatations faites par l'auteur amènent à conclure que ces accidents d'intolérance dépendent à la fois de l'agent thérapeutique et de sa voie d'introduction.

Traitement par aérosols de pénicilline d'un épisode infectieux grave au cours d'une bronchectasie. — MM. J. Vidal et Mirouze ont observé les effets remarquables et rapides d'aérosols de pénicilline dans le traitement d'une poussée aiguë suppurative compliquant l'évolution d'une bronchectasie survenue au cours d'une tuberculose pulmonaire traitée par pneumothorax d'un côté et thoracoplastie de l'autre.

Pneumothorax spontané chronique ; bulles sous-pleurales ; section de brides ; guérison. — MM. J. Vidal et Mlle Pietri ont découvert à l'exploration endopleurale d'un pneumothorax spontané chronique des bulles sous-pleurales à proximité d'un système d'adhérences. La section de ces adhérences a été assez rapidement suivie de la résorption du pneumothorax. Ce résultat thérapeutique fait apparaître le rôle des bulles sous-pleurales et des brides dans la production et la persistance du pneumothorax spontané.

Quelques réflexions sur les régimes carencés de ces dernières années. — M. M. Godlewski insiste sur l'importance prédominante de la carence maximale par rapport aux avitaminoses, et sur les carences relatives par troubles digestifs gênant l'absorption des éléments utiles de la ration, puis il envisage certains troubles généraux (œdèmes, avec test d'Aldrich et Mac Clure, non seulement à l'eau salée, mais à l'eau sucrée et avec des solutions de vitamines B et C), les troubles digestifs et nutritifs, ostéo-articulaires cutanés et des phanères, neurologiques, endocriniens. Ils évoluent lentement, avec une réversibilité progressive, mais qui demandera encore plusieurs mois.

Coma ourlien. Phase de début d'une méningite ourlienne. Primo-infection tuberculeuse quelques mois après. — M. Godlewski. — Adolescent de 15 ans entré à l'hôpital dans un coma profond. Le lendemain, le coma commence à disparaître, mais un syndrome méningé typique lui fait suite, avec une lymphocytose rachidienne importante, puis quelques jours après une orchite, enfin une localisation parotidienne permettent d'établir le diagnostic. Guérison. Quelques mois après, ce jeune homme revient porteur d'une primo-infection bacillaire parahilaire gauche, nécessitant un pneumothorax. Je signale ce fait nouveau dans son histoire, quoique apparemment séparé, car j'ai remarqué plusieurs fois, au cours de ces derniers mois, l'apparition de maladies diverses dans les deux ou trois mois suivant une atteinte ourlienne, d'autant plus souvent, en général, que l'âge du patient était plus avancé.

Eruption morbilleuse et syncope ; rougeole et purpura. — MM. Godlewski. — 1° Apparition d'une éruption typique de rougeole en quelques minutes au cours d'une syncope, chez un adulte jeune en phase d'invasion : révélation sous l'influence des modifications neuro-végétatives intenses ; 2° Succession, chez un enfant, d'une éruption de rougeole typique et d'une éruption purpurique localisée à l'avant-bras et à la main, sans cause nette.

Quelques réflexions sur la fièvre exanthématique. — MM. Ch. Godlewski et M. Godlewski apportent leurs remarques, basées sur 150 à 160 cas de F. E. observés depuis 1927, dans la région vauclusienne, sur l'étiologie, l'étude clinique et l'évolution de cette curieuse maladie, sans médication spécifique.

Quelques remarques sur érythèmes noueux et dermo-cellulites aiguës. — M. M. Godlewski considère que le terme de passage entre E. N. et dermo-cellulites aiguës spontanées réside dans l'association de ces deux manifestations chez des malades porteurs d'un E. N. et cependant sulfamidothiazolés. Le sulfamide est capable de provoquer une exubérance particulière des placards dermo-hypodermiques. Sans pouvoir l'affirmer, une dermo-cellulite aiguë peut donc être un équivalent de l'E. N. et, d'après les quelques malades observés, doit inciter à la prudence vis-à-vis de l'étiologie au moins de fond, bacillaire ou parabacillaire.

La loi de Stokes dans la pathologie générale des séreuses. — M. M. Godlewski. — La loi de l'inhibition paralytique des fibres lisses au voisinage de toute séreuse enflammée doit être complétée par celle du comportement inverse, du moins hypertonique, de la musculature striée qui lui est adjacente. Cette différence de comportement entre fibre lisse et striée est encore mal expliquée : ou aspect pseudo-paralytique de la contraction des fibres lisses, — contracture lisse initiale mais très rapide, ce qui est très peu probable, — opposition vraie provenant soit des jonctions neuro-musculaires, soit des fibres elles-mêmes, soit des relations séro-musculaires ; mais, cliniquement, l'hypertonie striée est un fait, au début, aussi constant que la paralysie lisse.

Sur la vaccinothérapie intraveineuse de la mélitococcie. — M. M. Godlewski l'a appliquée avec des résultats fréquemment bons (vaccin du C.R.F.O. de Montpellier). Si la positivité de l'intra-dermo réaction à la mélitine doit théoriquement servir de base à la dose et à la répétition des injections, pratiquement il vaut mieux commencer par une dose minime (1/40 à 1/50 de c3) et progresser d'après les réactions. Le malade doit être prévenu que le choc est ici salutaire et qu'il ne doit pas s'en inquiéter. De nombreux cas ont été guéris très rapidement (2 à 6 injections). Il vaut mieux éviter ce traitement chez des malades à émonctoires très déficients ou à état général trop amoindri.

Sur le syndrome « aménorrhée, engraissement, augmentation de volume du corps thyroïde ». — M. Godlewski a rencontré ce syndrome avec une particulière fréquence au cours de ces dernières années, chez des adolescentes non toujours carencées. Le facteur émotif direct ou « latent » paraît avoir joué un rôle considérable. L'opothérapie s'est montrée dans l'ensemble décevante.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

19 juin. — M. Boulenger. — Sur une nouvelle indication thérapeutique de la vitamine B².

M. Foissaud. — Des images radiologiques de l'ampoule de Vater.

M. Potereau. — Les paralysies gastro-œsophagiennes au cours de la diphtérie.

M. Sigalea. — Considérations cliniques et pathogéniques sur la lambliose intestinale.

M. Schneider. — L'ostéotomie cunéiforme oblique dans le traitement des cals vicieux complexes.

Mlle Gavet. — Enurésie nocturne essentielle.

M. Dabo. — Les zonas au cours de la chorée de Syndenbram.

Mme Bemelmans-Hubert. — Contribution à l'étude des troubles digestifs complexes.

M. Leibovici-Léonard. — Myélose aplasique infantile.

Ramon. — Antagonisme microbien en général.

M. Poupinel. — Etude du test leucocytaire à la pénicilline dans les blennorrhagies.

M. Duhamel. — Nouveaux aspects des indications opératoires.

M. Branchard. — A propos d'un cas de perforation de l'intestin grêle.

M. Kadi. — Contribution à l'étude des stries scalaires tibio-péronières.

M. Oppert. — Conceptions modernes du traitement des endocardites malignes lentes par la pénicilline.

Mme Luvory. — Végétation adénoïde et radiographie.

M. Allanic (rep. 21 *juin* 1946) — Les paradontopathies et leurs rapports avec les fonctions hépatiques.

21 juin. — M. Mendlowicz. — Tuberculose et système neuro-végétatif.

Mme Le Men-Dirieu. — Méningites à coco-bacille de Pfeiffer chez le nourrisson.

Mlle Olivier (report 19 juin 1946). — Méningites à pneumocoques ; association pénicilline et sulfamides.

M. Cuisiwiez. — Traitement des abcès du poumon par pénicilline.

M. Kiszelnik. — Forme pseudo-tuberculeuse du cancer primitif du poumon.

M. Froussis. — La sulfamido résistance.

M. Lebas. — Contribution à l'étude des rechutes des fièvres typhoïdes et paratyphoïdes.

M. Le Gall. — Essai sur les maladies parasitaires du cœur.

M. Weil. — Rôle du facteur Rh dans les accidents de la transfusion.

M. Cabriat. — La douleur et les rétentions biliaires dans la lithiase du pancréas.

ANALYSES

Le traitement des ostéopathies de carence. — MM. J. Sallet et F. Delbarre. — *Le Journal Médical Français* (tome XXXI, n° 3, mars 1946, p. 51 à 82).

Ce numéro, entièrement consacré aux ostéopathies de carence, constitue une excellente mise au point de nos connaissances actuelles sur la question.

Dans le premier article les auteurs montrent qu'il existe une élimination calcique journalière et pour la combler un adulte normal de 60 kgs, d'âge moyen, doit assimiler 1 gramme de calcium métal, 2 grammes environ de phosphore, 200 unités internationales de vitamine D et présenter un équilibre phospho-calcique compris entre 0,5 et 0,8.

Ils montrent que les rations alimentaires fournies par les cartes de rationnement donnent des rations très insuffisantes avec un déséquilibre phospho-calcique et une carence de vitamine D.

Chez les individus réduits à ces rations, en particulier chez les vieillards, apparaissent et persistent des ostéopathies.

Dans le deuxième article les auteurs décrivent les différentes formes que celle-ci peuvent affecter.

Tout d'abord une forme généralisée, elle se manifeste par des douleurs diffuses, aux mouvements, à la pression des os, parfois très intenses. La texture osseuse paraît normale, on note seulement une décalcification diffuse plus ou moins intense sur les radiographies, parfois cependant des pseudo-géodes.

Mieux connue la forme localisée, c'est le syndrome de Looser-Debray-Milkman. Avec ses stries osseuses des branches ischio- ou iléo-pubienne, de l'extrémité inférieure du radius, de l'extrémité supérieure du fémur, qui s'expliquent par des causes mécaniques. Parfois il existe des fractures vraies. Il existe une autre forme qui simule l'ostéite déformante de Paget. Les auteurs discutent les différences radiologiques et de la formule humorale dans les deux affections. Dans le cas de doute l'épreuve du traitement décalcificateur devra être faite. Mais il faut savoir qu'il existe des cas de maladie de Paget certains chez lesquels s'associent des troubles de carence alimentaire.

L'ostéopathie de carence peut aussi simuler l'ostéite fibrokystique de Recklinghausen. Si la clinique et la radiographie laissent le diagnostic en suspens, l'examen biologique tranchera la question, les syndromes humoraux s'opposant dans les deux affections. Mais encore, expérimentalement, on est arrivé par un régime de carence calcique, a constituer un vrai syndrome de Reklinghausen avec hypertrophie des parathyroïdes. Il existe aussi une forme ostéomalacique avec cyphose progressive, vertèbres de poissons, bassin en cœur de carte à jouer...

Enfin on peut trouver l'association du rhumatisme chronique déformant et de l'ostéoporose de carence.

Il existe des formes compliquées : complications mécaniques comme la paraplégie. Dans d'autres cas la maladie devient irréversible. Il semble que ce soit la matrice osseuse qui ait perdu son pouvoir de fixation du calcium par suite d'une alimentation globalement insuffisante, par carence des protides. déficience en vitamine C.

Chez l'enfant on retrouve les mêmes formes cliniques que chez l'adulte, mais en plus on voit souvent apparaître un aspect rachitique certain. Cette constatation pose la question des rapports du rachitisme et de l'ostéomalacie. Depuis longtemps on a soutenu que l'ostéomalacie n'était qu'une manifestation du rachitisme chez l'adulte. Reprise à l'occasion des ostéopathies de famine, cette opinion se base sur la coexistence épidémique des deux affections, des arguments cliniques, anatomiques, biologiques.

Le syndrome biologique des ostéopathies de carence comprend pour l'examen du sérum sanguin une calcémie, une phosphorémie normales, une phosphatasémie élevée, mais de manière modérée. La calciurie est normale ou légèrement abaissée. La vitesse de sédimentation est accélérée, il y a augmentation de l'indice d'haptoglobinémie.

Ces réactions prennent toute leur importance quand il s'agit de différencier l'ostéopathie de famine d'une maladie de Paget ou de Recklinghausen.

La localisation de l'ostéopathie au rachis est pour ainsi dire constante. Le rachis constitue un grenier dans lequel l'organisme puise le calcium que l'alimentation ne lui fournit pas.

Au début le facteur douleur résume toute la maladie que précise le contrôle radiologique. Plus tard apparaissent des déformations : cyphose, cyphoscoliose, diminution de taille. La phase ultime peut être l'apparition d'une paraplégie.

M. Rymer distingue des formes cliniques : de la femme enceinte, les formes familiales, pseudo-traumatique, traumatique, l'association du rhumatisme chronique.

Avant d'aborder le traitement en lui-même, MM. Sallet et Delbarre étudient ses bases théoriques : la carence calcique, phosphorique, le déséquilibre phosphocalcique des aliments, l'insuffisance de vitamine D, la présence de l'acide phytique dans le pain complet ; la présence d'un excès de magnésium, de potassium par excès de légumes et de blutage de la farine.

Enfin les carences en vitamines C, protides et lipides.

Le traitement doit porter remède à toutes ces déficiences.

Les auteurs discutent en détails les données de la calcithérapie, en particulier le rapport entre la solubilité et l'assimilation des sels de chaux : phosphate tribasique, glycérophosphate, etc., l'emploi de la vitamine D sous sa forme naturelle (huile de foie de morue, de flétan) ou synthétique. Ils signalent les dangers possibles de doses exagérées et trop longtemps continuées de vitamine D, dangers sur lesquels récemment le professeur Debré a appelé l'attention ; l'utilité de la vitamine C.

Le régime alimentaire est capital : lait, fromage, viande, éviter les aliments riches en carotène, le pain actuel.

L'exposition au soleil, au grand air est un grand adjuvant.

La localisation rachidienne peut imposer l'emploi d'un corset.

Les résultats du traitement sont en général excellents, rapides. Parfois cependant les progrès sont lents et exceptionnellement médiocres.

Les auteurs terminent en signalant des mesures prophylactiques comme l'adjonction de phosphate tricalcique au pain, employée en Angleterre, la distribution aux enfants de suppléments de lait, bonbons vitaminés, biscuits caséinés.

Une importante bibliographie termine ces intéressants articles.

M. L.

Quelques résultats du redressement orthopédique des spondylarthrites. — J. Forestier, F. Françon, J.-J. Herbert (Aix-les-Bains). *Revue du Rhumatisme*, 13e année, n° 6, juin 1946, pp. 182-185, 6 fig.

Les auteurs s'élèvent contre l'abstention habituelle du traitement orthopédique dans la spondylose rhizomélique. L'immobilisation *précoce* en faisant tomber la contracture, en mettant au repos les lésions inflammatoires, prévient l'ossification ligamentaire. Comme l'a montré Swain l'immobilisation plâtrée des spondylarthrites loin de favoriser l'ankylose tend à leur conserver le plus possible leur mobilité. Lorsqu'on verra le malade avant les déformations, il faut le traiter en coquille plâtrée moulant le tronc et la nuque. Si cela ne suffit pas à faire céder la douleur, on emploiera le corset plâtré et même le corset minerve. Si le malade présente des déformations on doit tenter de les redresser et de maintenir le redressement jusqu'à la fin de l'évolution de la maladie. Dans un premier stade, par le décubitus sur lit dur avec des coussins de sable sur les genoux et la partie supérieure du thorax on obtient un premier degré de redressement. Dans un deuxième stade on met le malade en corset plâtré. Ce corset avec appui sternal haut situé, est au contraire coupé en arrière sous les omoplates, le ventre est très comprimé. De ce fait la respiration thoracique est exagérée et l'appui sternal arrive peu à peu à redresser le malade. Un coussin est alors glissé devant le sternum. Plus tard le plâtre est remplacé par un celluloïd. Si à la cyphose dorsale se joint une cyphose cervicale, on emploiera un corset avec appui mentonnier et là, c'est l'effort de la mastication qui agit comme élément de redressement du cou.

Les auteurs rappellent les bases de traitement médical de l'affection et terminent par cette phrase encourageante : « On peut dire que, de toutes les affections rhumatismales, la spondylarthrite est une de celles sur laquelle nous avons le plus d'action. »

M. L.

Effets de la vitamine B 6 (piridoxine) dans le traitement de la leucopénie et de la granulopénie d'origine toxique chez les humains. Rapport préliminaire, par Max M. Cantor et John W. Scott. — *Science*. 100, n° 2.607 : 545. 15-XII-45.

La piridoxine qui se trouve dans la levure et dans le foie a été employée au cours du traitement de l'anémie pernicieuse ; on a observé qu'elle provoquait outre une réticulocytose peu marquée, une augmentation considérable des leucocytes et surtout des polynucléaires. Ceci amena les auteurs à employer le chlorhydrate de pyridoxine en solution à 10 % dans un soluté salé au cours de trois cas d'angine agranulocytaire d'origine toxique. A la dose de 125 à 200 milligrammes par jour, par voie veineuse, ils ont obtenu en 48 heures une sédation remarquable des symptômes avec réapparition des polynucléaires.

M. L. S.

Importance du calcium dans l'alimentation humaine. Insuffisance calcique et ostéopathies de carence. — MM. Ch. Richet et Florian-Delbarre.

Les ostéopathies de carence chez l'adulte. Essai de classification anatomo-chimique et radiologique. — MM. Ch. Richet, E. Boltanski et F.-C. Delbarre.

La voie transbrachiale antérieure dans la chirurgie des fractures supracondyliennes de l'humérus chez l'enfant (Indications et technique). E. Sorrel et Y.-J. Longuet (*Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur*, t. XXXII, n[os] 3-4, mai-août 1946, pp. 117-142, 18 fig.).

Cet important travail débute par une critique des autres voies d'abord couramment employées : la voie postérieure transolécranienne qui, aux lésions considérables résultant de la fracture, ajoute un traumatisme opératoire important, la voie latérale externe ne permet pas l'inventaire des lésions des parties molles antérieures du coude et le traitement éventuel de ces lésions.

Dans la variété de beaucoup la plus fréquente, la fracture par extension de Kocher, l'extrémité du fragment supérieur dentelé, en forme de fourche, se porte en avant. Si la fracture est ouverte, l'ouverture est en avant un peu au-dessus du pli du coude ; si elle est irréductible, c'est par interposition des fibres des muscles antérieurs du coude ; enfin s'il y a des lésions des organes vasculo-nerveux, c'est le paquet vasculo-nerveux soulevé et plissé par le fragment supérieur — avec ses dangers de paralysie, de syndrome de Volkmann — plus rarement le cubital ou le radical, qui sont lésés.

La gravité de suites de la compression vasculo-nerveuse au pli du coude impose au médecin une lourde responsabilité. Pour obtenir la guérison complète, elle doit être levée dans les 24 ou 48 premières heures. Un traitement d'extrême urgence s'impose, si la réduction n'a pu être obtenue par les moyens orthopédiques. En particulier s'il existe des signes de compression vasculaire, il faut opérer immédiatement. Par quelle voie d'abord ?

La voie transbrachiale antérieure est indiquée dans les fractures supracondyliennes du type « par extension », à grand déplacement en avant du fragment supérieur et de date récente — et uniquement dans ces cas.

Le manuel opératoire comporte les temps suivants : pose d'un garrot qui permet de gagner en vitesse et sécurité ; anesthésie à l'éther, avoir soin de tenir solidement l'avant-bras fléchi à angle droit pendant la période d'agitation pour éviter d'augmenter les délabrements des parties molles. Pose d'un fil de Kirschner à travers l'olécrâne, en protégeant le nerf cubital, fil qui servira à agir sur le fragment inférieur pour la réduction et la contention de celui-ci ; incision en baïonnette comprenant une incision transversale au niveau de la saillie du fragment supérieur prolongée par une branche ascendante au bord externe du bras donnant jour sur la diaphyse humorale, et par une branche descendante interne découvrant le paquet vasculo-nerveux ; on pratique ensuite un débridement de l'aponévrose et le nettoyage du foyer d'attrition musculaire puis, si les symptômes l'indiquent, l'exploration des vaisseaux et des nerfs et procéder à leur libération avec la plus extrême douceur. Il faut savoir que même après sa décompression l'artère humérale en état de « stupeur artérielle » ne bat pas sans qu'il y ait oblitération, ce qui commanderait une artériectomie. Le fragment supérieur, libéré par une incision verticale de son périoste, est extériorisé et régularisé, la chambre d'attrition posérieure nettoyée. La réduction est alors pratiquée par une double manœuvre : sur le coude maintenu à l'angle droit, traction en avant et en bas sur l'étrier du fil de Kirschner pendant que le chirurgien repousse en arrière le fragment supérieur dans sa gaine périostique. La réduction est en général facile, mais le déplacement a souvent tendance à se reproduire dès que l'on cesse cette contention.

Parmi les procédés proposés pour maintenir la réduction les auteurs donnent la préférence à celui-ci : un poinçon est implanté dans le fragment supérieur. Par l'action du poinçon et du fil de Kirschner l'aide maintient la réduction. Pendant que, garrot enlevé, l'hémostase est faite, la plaie suturée, le pansement fait. Un plâtre prenant bras, avant-bras et main englobe le poinçon, le fil et l'étrier, rendant tout déplacement des fragments impossible. Ce dispositif de prothèse externe est enlevé le quinzième jour, le plâtre le trentième jour. Toutes manœuvres de massage ou mobilisation passive sont proscrites.

Les résultats immédiats ont été très bons, des cas de compression vasculaire sévère faisant redouter un syndrome de Volkman ont complètement guéri.

Les résultats éloignés (voir Sorrel et Longuet, *Semaine des Hôpitaux*, 28 janvier 1946, n° 4, p. 141-150) ne sont pas moins remarquables : pas de cal hypertrophique, ni d'ostéome et de myosite ossifiante ; intégralité presque absolue des mouvements.

M. L.

Le traitement des luxations congénitales invétérées de la hanche. La place de l'énervation articulaire dans ce traitement. — Professeur L. Tavernier (Lyon). (*Revue d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil moteur*, t. XXXII, n[os] 3-4, mai-août 1946, pp. 109-116.)

L'auteur passe d'abord en revue les différentes méthodes qu'il a utilisées. La résection de la tête fémorale pour des cas douloureux, l'arthrodèse, pour une luxation unilatérale, ne trouvent que des indications exceptionnelles chez les sujets âgés. La réduction sanglante selon Zahradnicek a été abandonnée après un décès. La reconstruction arthroplastique de la hanche, opération logique, a été utilisée par lui quatorze fois (thèse P. Truchet, Lyon 1938). Les résultats, bons dans l'ensemble, sont inégaux. Les déceptions sont dues surtout à l'insuffisance musculaire. Les butées ostéoplastiques, réservées aux luxations antérieures et aux sujets jeunes, avant trente ans, donnent de bons résultats. L'ostéotomie sous-trochantérienne d'appui utilisée chez 27 luxés (Thèse Mme Truchet-Bérard, Lyon 1941) donne de très bons résultats dans les luxations unilatérales, très inconstants dans les bilatérales.

C'est l'insuffisance des opérations orthopédiques, en particulier chez les sujets venus tard au chirurgien et se plaignant bien plus de la douleur que de la boiterie, qui a poussé M. Tavernier à employer l'énervation de la hanche : d'abord résection des filets articulaires de l'obturateur, puis ensuite, ceux du nerf sciatique, ce qui augmente les chances de disparition totale des douleurs. Dans l'ensemble les résultats sont excellents : sur 24 hanches opérées il y a eu 16 résultats bons et seulement 2 échecs.

De plus, l'énervation secondaire a été pratiquée chez 3 opérés ostéo-articulaires.

En terminant l'auteur résume les indications encore discutées de ces interventions.

Chez les jeunes jusqu'à 25 ou 30 ans les opérations reconstructrices : butée ostéoplastique pour les formes antérieures, arthroplastie pour les formes postérieures abaissables et unilatérales. Dans les cas bilatéraux, l'auteur pratique la butée sur la hanche la plus basse et l'arthroplastie sur l'autre côté, car l'arthroplastie laisse des mouvements limités et peut se terminer par une ankylose. Dans les formes postérieures hautes, l'ostéotomie sous-trochantérienne est indiquée et donnera un bon résultat dans des unilatérales. Pour les bilatérales, l'ostéotomie double donne des résultats inconstants, aussi M. Tavernier, si la boiterie est acceptable, se contente d'énervation. *Chez les sujets âgés* atteints de luxation avec arthrite sèche, ce sont les douleurs qui dominent. L'énervation de la hanche constitue un palliatif utile, bénin et efficace.

M. L.

CHRONIQUE

Le centenaire de la Société nationale de Chirurgie

(9 octobre 1946)

La création, en 1820, de l'Académie de Médecine, avait eu pour but de continuer à la fois la « Société royale de médecine » et « l'Académie royale de chirurgie », supprimées en 1793 par un vote de la Convention. Au début, chacune des sections de l'Académie délibérait séparément. Mais le 23 octobre 1829, une nouvelle ordonnance modifie le règlement de l'Académie. Les réunions de sections sont remplacées par des réunions communes à tous les membres. Les chirurgiens se voient privés de la possibilité de traiter entre eux les questions chirurgicales, de là naît une certaine gêne qui fait sentir le besoin de former un groupement indépendant, purement chirurgical.

Auguste Bérard, qui venait de remplacer Sanson dans la chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine et qui faisait partie de l'Académie de médecine, réunit autour de lui de jeunes confrères. D'un commun accord, ils décident de fonder une Société ayant pour objet l'étude et le perfectionnement de la chirurgie.

Les membres fondateurs réunis autour de Bérard sont : Monod, Robert, Guersant, Michon, Vidal, Danyau, Lenoir, Malgaigne, Huguier, Nélaton, Denonvilliers, Maisonneuve, Chassaignac, Cullerier, Marjolin.

On remarquera parmi eux les noms de plusieurs confrères dont les descendants continuent, depuis plusieurs générations, à honorer la chirurgie française.

Bérard obtient alors du comte de Rambuteau, préfet de la Seine, l'autorisation de siéger à l'Hôtel de Ville.

Le 25 août 1843 se tient la première séance.

Les débuts de la jeune Société ne sont pas faciles. Les « illustrations » observent une grande réserve. Seul, Marjolin s'est joint aux fondateurs, suivi plus tard par Roux et Velpeau. Les comptes rendus sont d'abord publiés dans la **Gazette des Hôpitaux** qui reste l'organe officiel de la Société jusqu'en 1874. Les mémoires sont publiés à part depuis 1847.

La Société de Chirurgie tint ses séances à l'Hôtel de Ville jusqu'en 1848, où le palais municipal fut incendié. Elle chercha alors un refuge à la Société philomathique, puis dans la noble maison de la rue de l'Abbaye, qu'elle occupa jusqu'à l'installation dans l'hôtel situé 12, rue de Seine, où elle se trouve toujours, sous le nom d'Académie de chirurgie.

Le centenaire aurait dû être commémoré il y a trois ans. Mais la France n'était pas libre.

Aussi est-ce seulement cette semaine que la cérémonie de la célébration du centenaire de la fondation de la Société de chirurgie a pu avoir lieu à l'Hôtel de Ville, berceau de la Société.

Sur l'invitation de M. Vergnolle, président du Conseil municipal et de ses collègues, la réunion a eu lieu sous la présidence de M. A. Basset, président de l'Académie de chirurgie.

Des discours furent prononcés par M. Vergnolle, M. A. Basset et M. Louis Bazy qui retracèrent l'évolution admirable de la chirurgie française depuis cent ans et le grand rôle rempli avec noblesse par la Société nationale de chirurgie, fidèle à sa devise de 1843 : « Vérité dans la science, moralité dans l'art ».

F. L. S.

A la mémoire du professeur Marfan

Le transfert à Castelnaudary des cendres du professeur et de Mme Marfan, décédés à Paris en 1942, a eu lieu le 4 septembre dernier.

Marfan, le maître admiré et aimé de ses confrères parisiens, était encore plus, s'il est possible, l'objet de l'affection et de la reconnaissance de ses compatriotes. L'inhumation définitive de Marfan et de Mme Marfan a été l'occasion d'une manifestation unanime bien émouvante de la population de Castelnaudary.

M. le préfet de l'Aude, le maire, le conseil municipal, l'ordre des médecins, la Société des arts et sciences de Carcassonne, la population de la ville et celle de la campagne ont tenu à rendre hommage au maître disparu en l'accompagnant à sa dernière demeure. L'Académie de médecine était représentée par le Dr Armand Delille, secrétaire général de l'œuvre Grancher, dont Marfan a été l'insigne bienfaiteur. M. le professeur Lefebvre représentait la Faculté de médecine de Toulouse. Les élèves et les amis de Marfan étaient représentés par notre collaborateur Maurice Mordagne.

Après la cérémonie religieuse, célébrée dans la splendide nef de la collégiale Saint-Michel et l'inhumation dans le tombeau familial, le cortège, auquel s'était joint tout le clergé, se rendit devant la maison natale de Marfan, située dans une rue à laquelle la municipalité a donné le nom de Marfan. Par un heureux rapprochement, cette rue aboutit à la rue Pasteur.

Des discours furent alors prononcés par le Dr Armand Delille, au nom de l'Académie, de l'œuvre Grancher et du Comité national de l'Enfance dont Marfan fut le président. M. le professeur Lefebvre, en toge, apporta ensuite l'hommage de la Faculté de médecine de Toulouse, où Marfan prit ses premières inscriptions. M. Maurice Mordagne parla au nom des amis de Marfan et rappela éloquemment les grands traits de l'œuvre de Marfan. M. le maire de Castelnaudary apporta enfin l'hommage de ses compatriotes et M. le préfet de l'Aube celui du gouvernement.

INTERETS PROFESSIONNELS

Un an d'aide suisse aux enfants de médecins victimes de la guerre (A. S. E. M.)

« La Gazette des Hôpitaux » a relaté, l'an dernier, l'effort confraternel admirable que les médecins suisses, avec leur générosité habituelle, ont réalisé en faveur des enfants de médecins français et belges sinistrés.

On sait que l'A. S. E. M. (1) a pour but de recevoir, pendant une durée de trois mois, les enfants de médecins sinistrés. Ces enfants, âgés de 4 à 13 ans, arrivent en Suisse convoyés par la Croix-Rouge suisse. Ils sont hébergés soit chez les confrères suisses inscrits, soit dans des homes dont la pension est payée grâce aux dons des médecins et des Sociétés cantonales.

Pour donner une idée de l'importance des sacrifices spontanément consentis par nos amis, indiquons que les frais de pension s'élèvent à 600 fr. **suisses** par enfant.

Le « Bulletin professionnel des médecins suisses » a fait connaître, au mois de juillet dernier, les premiers résultats obtenus par l'A. S. E. M., grâce à l'impulsion donnée par son président, notre bien cher ami le Dr Robert d'Ernst (de Genève). Les voici :

Du 25 octobre 1945 au 1er juin 1946, la Suisse a reçu un total de 154 enfants de médecins, dont 105 Français et 49 Belges. Depuis juillet sont arrivés en outre une cinquantaine d'enfants français. Et ce n'est pas fini, nos confrères, et en particulier le Dr Robert d'Ernst, dont l'amitié pour notre pays est toujours agissante, ne ralentissent pas leur effort. Ils continuent à s'occuper, avec un dévouement inlassable, de recruter de nouveaux enfants et de les répartir chez les confrères des différents cantons. Seize enfants seulement étaient au mois de juillet dans des homes. Tous les autres étaient reçus par nos confrères comme leurs propres enfants.

Au 1er juin 1946, le total des souscriptions des médecins suisses s'élevait à **francs suisses : 15.562,80.**

D'autre part, les Sociétés cantonales et le Syndicat des médecins suisses ont souscrit :

Francs suisses : 7.900.

Soit au total, **francs suisses : 23.562,80.**

A ce total, il faut encore ajouter **francs suisses : 5.000**, votés par la Chambre médicale suisse lors de son Assemblée générale en juillet dernier.

Je m'arrête.

Nos bons confrères suisses, avec une générosité magnifique, avec un tact et une discrétion admirables, marquent, une fois de plus, leur solidarité complète avec le corps médical français si éprouvé.

Comment pourrons-nous leur dire assez et notre gratitude et notre affection ?

F. L. S.

(1) A. S. E. M., Secrétariat, 13, boulevard des Philosophes, Genève.

La Chambre Syndicale des Médecins de la Seine remercie son confrère Georges Duhamel, de l'Académie française, d'avoir attiré à deux reprises l'attention du public et du Gouvernement sur la pauvreté de l'attribution aux médecins de voitures automobiles.

La Seine a reçu exactement 5 voitures dans le premier trimestre, 22 dans le deuxième et rien depuis trois mois.

Les demandes, à notre prise en charge des produits contingentés étaient de 1.400, elles sont de 3.500 maintenant depuis que, à la Constituante, au conseil des ministres, il a été fait des promesses sans effet.

Ces chiffres comprennent des sinistrés totaux ou partiels : 150 ; des déportés, expulsés : 70 ; des anciens prisonniers : 250 ; des médecins de banlieue ayant des périmètres importants à parcourir : 400 ; des accoucheurs, chirurgiens, oto-rhino-laryngologistes : plus de 200 ; des médecins assurant des services publics importants : 180 ; des médecins ayant une infirmité ou réformés de guerre : 60.

Ces chiffres dans chaque secteur s'augmentent chaque semaine, et il reste encore tous les médecins, et ils sont nombreux, qui ont des voitures à bout de course. En plus, les bons de pneus sont difficilement ou pas honorés.

Cette situation devient intolérable, la province est aussi mal partagée que Paris. Le Conseil Confédéral, qui se réunit le 5 octobre, aura à envisager des mesures qui seront diffusées en temps utile.

(Communiqué.)

Nécrologie

Le Dr René Beckers (de Bruxelles), administrateur de « Bruxelles Médical », secrétaire général des Journées médicales belges.

Le Dr Fritz Sano (d'Anvers), membre de la Société belge de neurologie.

Citation posthume

Le docteur Albert Rosanoff, le plus jeune médecin de France, qui a été tué dans un accident alors qu'il se rendait au chevet d'un malade, vient d'être l'objet de la magnifique citation suivante à l'ordre de la brigade pour sa brillante conduite au cours de la libération de Marseille :

« Animé d'un très beau courage, volontaire pour toutes les missions, a tenu à être avec les combattants malgré sa profession de docteur en médecine. S'est distingué en participant le 21 août 1944 à l'attaque du Central Dragon « Groupe Adrien ».

Le docteur Albert Rosanoff a mérité en outre « le diplôme d'honneur de soldat sans uniforme qui a servi volontairement avec honneur à titre de combattant de la libération dans les Forces Françaises de l'Intérieur pour la libération de la patrie. »

Le lieutenant A. Bonfils, valeureux chef du « Groupe Adrien » a tenu à remettre personnellement la croix de guerre et la croix du Combattant volontaire au docteur Henry Rosanoff, père du très regretté disparu.

INFORMATIONS

(Fin)

Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie

Le Congrès français d'Oto-Rhino-Laryngologie tiendra ses assises au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris, les 21, 22, 23 octobre 1946, sous la présidence de M. le Dr A. Moulonguet, avec la présidence d'honneur de M. le professeur Léon Binet, doyen de la Faculté de médecine.

Questions à l'ordre du jour :

1° Coryza spasmodique, glandes endocrines et système neuro-végétatif. Rapporteurs : MM. le professeur E. Halphen et R. Maduro ;

2° La pénicillinothérapie en oto-rhino-laryngologie. — Discussion libre.

Pendant la durée du Congrès : Séances opératoires dans les services hospitaliers ; Exposition d'instruments et de spécialités O.R.L. dans le grand hall de la Faculté de médecine.

A l'issue du Congrès est organisé une série de conférences qui auront lieu :

Le matin : dans le service de M. le professeur Lemaître, hôpital Lariboisière.

L'après-midi : au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Jeudi 24 octobre :

10 heures : M. le professeur Lemaître : Diagnostic et traitement des tumeurs du maxillaire inférieur.

11 heures : M. le professeur agr. Degos : Acquisitions récentes dans le traitement antisyphilitique : arsénoxydes et pénicilline.

17 heures : M. Mallarmé : Manifestations bucco-pharyngées des grands syndromes hématologiques.

Vendredi 25 octobre :

10 heures : M. le professeur Terracol : La thérapeutique antibiotique en O.R.L.

11 heures : M. le professeur Debré : Le problème des otomastoïdites du nourrisson : divergences d'opinion parmi les pédiâtres français.

17 heures : M. le professeur agr. de Sèze : Algies faciales, algies crâniennes.

18 heures : M. Aubry : Chirurgie de la surdité.

Samedi 26 octobre :

10 heures : M. Bouchet : Sinusites maxillaires chroniques latentes.

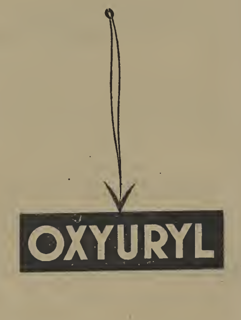
11 heures : M. le professeur agr. de Gennes : Le traitement des insuffisances endocriniennes par les implants sous-cutanés de comprimés d'hormone.

17 heures : M. le professeur agr. Turpin : Etude génétique de certains problèmes oto-rhino-laryngologiques.

18 heures : M. le professeur Calvet : La radiothérapie de contact dans le traitement de l'hypertrophie de l'amygdale palatine.

Pour tous renseignements s'adresser au Dr H. Flurin, secrétaire général, 19, avenue Mac-Mahon, Paris (17e) et Cauterets (Hautes-Pyrénées), ou au Dr H. Guillon, secrétaire général adjoint, 6, avenue Mac-Mahon, Paris (17e).





Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 21. — SAMEDI 19 OCTOBRE 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr.; Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours d'assistants en médecine. — Le concours s'ouvrira le 20 décembre 1946, à 9 h. 30, à l'Ecole des Infirmières de l'administration (hôpital de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital). Inscriptions du 15 au 27 novembre inclusivement.

Concours pour quatre places d'électro-radiologiste des hôpitaux de Paris. — Le concours s'ouvrira le 5 décembre. Inscriptions du 12 au 22 novembre inclus.

Concours pour une place d'oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux (2e concours 1946). — Le concours s'ouvrira le 27 novembre. Inscriptions du 25 octobre au 7 novembre 1946.

Concours de l'externat. — Le concours s'ouvrira le jeudi 12 décembre 1946, à 9 h. 1|2, à la salle Wagram. Entrée des candidats par le 5, rue Montenotte (métro Etoile ou Ternes).

Inscriptions du 28 octobre au 14 novembre inclus à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureaux du Service de Santé), tous les jours, samedis, dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures.

CONCOURS DE L'INTERNAT EN MEDECINE

9 octobre 1946

Anatomie

Question sortie :

N° 4. Nerf phrénique droit avec sa physiologie.

Questions restées dans l'urne :

1° Ganglion supérieur du sympathique cervical, sans la physiologie ;
2° Tronc de la veine jugulaire interne ;
3° Description et rapports du sinus caverneux sans les branches ;
5° Nerf récurrent gauche sans la physiologie ;
6° Artère iliaque externe sans les branches ;
7° Artère axillaire sans les branches ;
8° Capsule et ligaments de la hanche avec leur physiologie ;
9° Description du muscle psoas-iliaque. Sa gaine. Les rapports dans la gaine. La physiologie.

10 octobre 1946

Pathologie médicale

Question sortie :

N° 8. Complications de la scarlatine, sans l'anatomie pathologique.

Questions restées dans l'urne :

1° Symptômes, diagnostic et traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique ;
2° Signes et diagnostic de la pneumonie franche lobaire aiguë ;
3° Dilatation des bronches. Signes et diagnostic ;
4° Signes, diagnostic et traitement de l'œdème aigu du poumon ;
5° Signes, diagnostic et traitement de la maladie d'Addison ;
6° Signes et diagnostic du goitre exophtalmique (maladie de Basedow) ;
7° Coma diabétique. Signes, diagnostic et traitement ;
9° Cancer du foie. Signes et diagnostic.

11 octobre 1946

Pathologie chirurgicale

Question sortie :

N° 5. Signes, diagnostic et indications thérapeutiques des fractures ouvertes de jambe.

Questions restées dans l'urne :

1° Signes et diagnostic des tumeurs dites mixtes de la parotide ;
2° Luxations du coude ;
3° Formes anatomo-cliniques et traitement des phlegmons de la paume de la main ;
4° Accès froids pottiques ;
6° Etude clinique des complications pelviennes et abdominales de l'avortement utérin provoqué dans les deux premiers mois (sans le traitement) ;
7° Diagnostic des métrorragies après la ménopause ;
8° Abcès appendiculaires : signes, diagnostic et indications thérapeutiques ;
9° Complications générales des brûlures.

Répartition en sections de MM. les Membres du Jury

Anatomie

MM. les Drs Bergeret, Baumann, Antonelli, Voisin : Hôtel-Dieu, lundi, 17 h. 30 ; mercredi, 17 h. 30 ; vendredi, 17 h. 30.

Première séance le vendredi 18 octobre 1946, à 17 heures.

Pathologie médicale

MM. les Drs Grenet, Lechelle, Kourilsky, Deparis : Hôtel-Dieu, lundi, 17 h. 30 ; mercredi, 17 h. 30 ; vendredi, 9 h. et 17 h. 30.

Première séance exceptionnellement le samedi 12 octobre 1946, à 17 h. 30.

Pathologie chirurgicale

MM. les Drs Martin, Lantuejoul, Menegaux, Mathey : Tarnier, lundi, 18 h. ; mercredi, 18 h. ; vendredi, 9 h. et 18 h. ; dimanche, 18 h. à 21 h.

Première séance le lundi 14 octobre 1946, à 18 h.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Clinique des maladies nerveuses : MM. Roger, Chateau. — Clinique des maladies cutanées : MM. Jean Schneider, Grupper. — Clinique des maladies mentales : MM. Sauguet, Gendrot, Mme Leulier, Mlle Laudmann (neuro-psychiatrie infantile). — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu : MM. Goury-Laffont, Demassieux. — Clinique médicale Cochin : MM. Tricot, Bonduelle. — Clinique médicale Saint-Antoine : MM. Blanchon, Pergola. — Clinique médicale de la Pitié : MM. Dausset, Le Brigand, Callerot. — Clinique médicale thérapeutique Saint-Antoine : MM. Courjaret, Deslande, Davy. — Clinique cardiologique Broussais : MM. Galmiche, Roffmann, Mme May. — Clinique médicale infantile Enfants-Malades : MM. Michel Levy, Kaplan. — Hygiène et clinique de la première enfance

Trousseau : M. Bastin. — Clinique des maladies infectieuses Claude-Bernard : MM. Verriez, Franche, Bricaire, Sénécal. — Clinique chirurgicale de la Salpêtrière : MM. Flabeau, Mattéi, Crépin. — Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu : MM. Cotillon, Azoulay, Bonvalet, Streusand, Nordmann. — Clinique chirurgicale Saint-Antoine : MM. Marchak, Ciaudo. — Clinique chirurgicale Cochin : MM. Delatour, Auregan, Joussemet. — Clinique thérapeutique chirurgicale de Vaugirard : MM. Pérol, Rognon. — Clinique urologique Cochin : MM. Rometti, Taley, Bauchard, Küss.

Faculté de pharmacie de Paris. — M. le professeur René Fabre, membre de l'Académie de médecine, vient d'être élu doyen de la Faculté de pharmacie en remplacement du regretté professeur Damiens.

GUERRE

Ecole du service de santé militaire de Lyon

Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'école du service de santé militaire de Lyon à la suite des épreuves du concours.

Section de médecine

Catégorie P. C. B.

1. Lescommeres (Jean) ; 2. Jolly (Robert-Gabriel) ; 3. Brette (Yves-Georges) ; 4. Riquin (Jean-René) ; 5. Jorrot (Jacques-Victor) ; 6. Masbernard (Alain-Noël) ; 7. Peyrin (André-Paul) ; 8. Williaume (Raymond-Henri) ; 9. Guilland (Gilbert) ; 10. Garlin (Jacques-Joseph) ; 11. Chastel (Claude-Emile) ; 12. Barrachina (Lucien-François) ; 13. Bouchat (Joseph-Adolphe) ; 14. Chaissac (Claude-Marcel) ; 15. Crochet (Pierre-François) ; 16. Philippe (Yves-Marie) ; 17. Berger (Yves-Jean) ; 18. Villevieille (Marc) ; 19. Guillerat (Edmond) ; 20. Velten (Jean-Paul).

21. Farges (Jean-Pierre) ; 22. Prévost (Georges-Victor) ; 23. Benevant (René-Germain) ; 24. Reyre (André-Marie) ; 25. Haeffner (Georges-Lucien) ; 26. Orelle (René-François) ; 27. Delarue (Henri-Marie) ; 28. Cheneau (Jacques-Pierre) ; 29. Marinacce (Guy-Pierre) ; 30. Chastel (Jean-Simon) ; 31. Sauvaget (Roland-Maurice) ; 31. Valentin (Lucien-Joseph) ; 33. Dalloz - Bourguignon (André) ; 34. Lededente (Alphonse) ; 35. Boyer (Raoul-Lucien) ; 36. Goure (Michel-Louis) ; 37. Meidinger (Jean-Fernand) ; 37. Patrouilleau (Bertrand-Gilbert) ; 39. Blavignac (François-Henri) ; 39. Passevant (Bernard-André).

41. Rouzaud (Paul) ; 42. Barres (Jean) ; 43. Montabone (Henri) ; 44. Guyon (Jacques-Jean) ; 45. Desbordes (Jacques-Albert) ; 46. Pelenc (Jean) ; 47. Barbancon (René-Paul) ; 48. Chemier (Gérard-Claude) ; 48. Cousserans (Jean-Paul) ; 48. Dodin (André-Aimé) ; 51. Fourquet (René-Jean) ; 52. Costerousse (Léon-Jean) ; 53. Mathieu (Félix-André) ; 54. Prigent (Michel) ; 55. Bonnet (Daniel) ; 56. Charlet (Robert-Charles) ; 57. Moine (Jean-Claude) ; 58. Allain (Adrien) ; 59. Boue (Pierre-Marius) ; 60. Allemand (Pierre-Marcel).

61. Minsky-Kravetz (Boris-Jacques) ; 62. Maydat (Louis-Joseph) ; 63. Garrigues (André-Jean) ; 64. Lauzet (Jacques-Louis) ; 65. Debonniere (Christian-Michel) ; 66. Foulhoux (Pierre-Charles) ; 67. Gindrey (Jacques-Louis) ; 68. Maury (Francis) ; 69. Chanel (Pierre-André) ; 70. Martin (Jean-Roger) ; 71. Bodin (Marcel-Frédéric) ; 72. Pons (Emile-André) ; 73. Sepeljian (Jacques-Henri) ; 74. Aubert (Lucien-Léon) ; 75. Magerand (Michel-Claude) ; 76. Bruschera (Jean-Gabriel) ; 77. Campens (Georges-Francisque) ; 78. Rigal (Jean-Marie) ; 79. Perrot (Pierre-Jean) ; 80. Barrau (Jean-Charles).

81. Vieux (Raymond) ; 82. Rougetet (Jean-Marie) ; 83. Ganascia (Pierre-Jacques) ; 84. Doizon (Guy-Roger) ; 85. Gaudineau (Raymond-Paul) ; 86. Barascut (André-Jacques) ; 87. Top (Jacques-Charles) ; 88. Beaubernard (Robert-René) ; 88. Roussin (Pierre-Etienne) ; 90 Hiltembrand (Charles-Jacques) ; 91. Thiebault (Guy-Lucien) ; 92. François (Paul-Christian) ; 93. Plisson (Jean-Yves) ; 94. Terrades (Gilbert-José) ; 95. Marsy (Marcel-Marie) ; 96. Gras (Georges-Louis) ; 97. Sabourin (Hubert-Raymond) ; 98. Minda (Francis) ; 99. Brottes (Henri) ; 100. Brodeaux (Jean).

101 Pecout (Bernard-Marie) ; 102. Bandini (Charles-Mathieu) ; 103. Mussard (Victor-Charles) ; 104. Hamot (Bernard-Albert) ; 105. Bouche (Bernard-Georges). 106. Goyer (Jacques-Amédée) ; 107. Blot (Pierre-Julien) ; 108 Goachet (Guy-Georges) ; 109. Robert (Henri-Eugène) ; 110. Pujuguet (Lucien-Marceu) ; 111. Baychelier (Lucien-François) ; 112. Delivre (Jacques-Marie) ; 113. Creff (Paul-Clément) ; 113. Nougue (Gilbert-Ferdinand) ; 115. Estel (Jean-Henri) ; 116. Llobet (Albert-Adrien) ; 117. Girard (Georges-Robert) ; 118. Bertet (Claude-Clément) ; 119. Dolzon (René-Paul) ; 120. Bouayed (Abdelmadjud).

121. Boussagol (Pierre-Gabriel) ; 122. Gros (Robert-Jean) ; 123. Reichert (Henri-François) ; 124. Gilloux (André-Lucien) ; 125. Meysonnier (Jean-Etienne) ; 126. Fournier (Pierre-René) ; 127. Dupuy (Pierre-Marie) ; 128. Robin (Claude-Maurice) ; 129. Terclnet (Pierre-Jean) ; 130. Liaudon (Jean) ; 131. Loubignac (Guy-Georges) ; 132. Baur (Jean-Yves) ; 133. Monteil (Jean-Jacques) ; 134. Arnaud (Aimé-Abdon) ; 135. Samuel (Jacques-David) ; 136. Sais (Albert-René) ; 137. Jacquet (Albert-Léon) ; 138. Cohen (Joseph) ; 139 Coquoz (Francis-Antoine) ; 140. Sutra de Germa (Paul).

141. Horrenberger (David) ; 142. Ouryoux (Camille-Pierre) ; 143. Lavant (René-Jacques) ; 144. Maingot (Raymond-Alfred) ; 145. Belle (Georges-Camille) ; 146. Prugniaud (Gilbert) ; 147. Arbarete (Maurice-Julien) ; 148. Marchaud (Jacques) ; 149. Pyguillem (Christian-Jean) ; 150. Desnoyers (Pierre-Claude) ; 151. Fritz (Robert-Louis) ; 152. Trojani (François-Joseph) ; 153. Tripier (Jean-Bernard) ; 154. Vrillac (Maurice-Georges) ; 155. Boizeau (Paul-Gaston).

Catégorie à quatre inscriptions de médecine

1. Dupain (Michel-Bernard) ; 2. Freyria (Jean-Louis) ; 3. Mathieu (Gérard-Henri) ; 4. Daure (René-Jean) ; 5. Lagneau (Pierre-Georges) ; 6. Fournier (Henri) ; 7. Medail (Jacques-Emile) ; 8. Grataloup (Paul-Joanny) ; 9. Andanson (Jack-Raymond) ; 10. Le Rest (François-Paul) ; 11. Bois (Paul-Eugène) ; 12. Pele (Jean-Auguste) ; 13. Resal (Pierre-Paul) ; 14. Peretti-Stefani (François-Xavier) ; 15. Simon (Paul) ; 16. Lavandier (Guy-Camille) ; 17. Fiorini (Robert-Lazare) ; 18. Saint-Amand (Pierre) ; 19. Ridoux (Raymond-Aimé) ; 20. Viennot (Hubert-Claude).

21. Verot (Charles-Paul) ; 22. Rougerie (Gérard-Jean); 23. Munk (Bernard-Georges) ; 24. Barbe (Pierre-Louis); 25. Pehore (Guy-Pierre) ; 26. Cudennec (Jacques) ; 27. Audouin (Guy-Philippe) ; 28. Seris (Henri-Jean) ; 29. Raffejeaud (Etienne-Jacques) ; 30 Riou (Yves) ; 31. Rault (Jean-Marie) ; 32 Oddou (Albert-Auguste) ; 33. Salini (Marius-Bernard) ; 34. Deltour (Marcel-Joseph) ; 35. Moulin (Paul) ; 36. Bourleaud (Pierre) ; 37. Estienne (Jean-Marie) ; 38. Lagane (Claude-Adrien) ; 39. Thiebault (Jacques) ; 40. Garcin (Henri-Joseph).

41. Mondoloni (Paul-François) ; 42. Deramond (Jean-Joseph) ; 43. Lozahic (Georges), 44. Larcade (FrançoisYves) ; 45. Gallay (Claude).

Catégorie à huit inscriptions de médecine

1. Villemin (Gérard-Claude) ; 2. Mathiot (Pierre-André) ; 3. Sauvet (Pierre-Yves-Jean-Marie) ; 4. Vincent (Jean-Louis) ; 5. Sauvet (Gabriel-Marcel-Joseph) ; 6. Escudie (Antoine).

Catégorie à douze inscriptions de médecine

1. Girardot (André-Léon-Stanislas).

Section de pharmacie

Catégorie stagiaires

1. Ramel (Paul-César) ; 2. Gantes (Pierre) ; 3. Cheval (Georges) ; 4. Douhairie (Bernard-Maurice).

Nota. — Dans la section de médecine seront affectés à la section Troupes coloniales d'après l'option qu'ils auront établie à leur entrée à l'école et d'après l'ordre de classement ci-dessus :

Soixante élèves de la catégorie P. C. B.

Dix élèves de la catégorie quatre inscriptions.

Parmi les élèves de la section Troupes métropolitaines seront affectés au service de santé de l'armée de l'air, dans les conditions d'option précitées :

Quarante-quatre élèves de la catégorie P. C. B.

Quatre élèves de la catégorie quatre inscriptions.

(J. O., 9 oct. 1946.)

L'**Union Fédérative nationale des Médecins de réserve,** reprenant la série de ses conférences, porte à la connaissance des intéressés qu'elle a pu obtenir le quart de place militaire en première classe (non remboursable) pour les médecins de réserve membres de l'Association, voulant assister, à Paris ou en province, aux conférences organisées par l'U.F.N.M.R.

Première conférence : « Le Service de Santé de la 4e Division marocaine de montagne », par le médecin colonel Chavialle, le samedi 19 octobre, à 21 heures, à la Faculté de médecine de Paris.

Cotisation 1946 : 100 francs. Chèques postaux : 254-45 Paris.

S'adresser au siège social de l'U.F.N.M.R. 58, rue Chardon-Lagache, Paris (16e).

Association Charles d'Heucqueville

Institut des Frères Saint-Jean-de-Dieu

Les consultations du Dr G. d'Heucqueville ont repris. Les cours de puériculture prénatale auront lieu, cet hiver, à l'Institut Catholique.

S'adresser, 14, rue Poussin, Paris (16e).

(Voir suite des Informations p. 454.)


MÉDICATION
SÉDATIVE
SUCCÉDANÉE DU GARDÉNAL
RUTONAL
(Phényl-méthyl-malonylurée)
ÉPILEPSIE
CONSTITUTION ÉPILEPTOÏDE
INSTABILITÉ PSYCHO-MOTRICE
SPASMOPHILIE
SPASMES VASCULAIRES &
RESPIRATOIRES
DANS TOUS LES CAS D'INTOLÉRANCE OU DE RÉSISTANCE AU GARDÉNAL
PRÉSENTATIONS : Comprimés de 0gr20 (tubes de 20)
Comprimés de 0gr05 (tubes de 30)
comprimés divisibles en deux
POSOLOGIE : Adultes, 0gr20 à 0gr80 par 24 h.
Enfants, 0gr025 à 0gr20 par 24 h.
suivant l'âge
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHONE
SPECIA 21, RUE JEAN GOUJON · PARIS 8e
ODETTE ZÉAU


INTESTARSOL
Granulé
TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES
Laboratoire H. CALAS
162, Rue de l'HAY
GENTILLY (Seine)

L'alimentation des enfants de deux à dix ans

par P. Robert

Chef de clinique médicale infantile
(de Marseille)

Au moment où les possibilités du ravitaillement familial sont devenues à peu près normales, il est nécessaire de reconsidérer les principes directeurs d'une saine alimentation. Déjà, les pédiatres observent de nombreux troubles digestifs par excès alimentaires et déséquilibres de la ration quotidienne, alors que les troubles carentiels sont en voie de disparition.

Nous donnons ci-dessous trois régimes simples pour les enfants d'âges préscolaires et scolaires :

— Le régime normal,
— Le régime des troubles intestinaux,
— Le régime des hépatiques.

Si les idées qui servent de base à ces régimes et qui ont été exposées dans un précédent travail (1), ne sont pas partagées par tous les praticiens, puissent-elles, au moins, provoquer des réflexions utiles sur ce sujet capital de la diététique.

Voici tout d'abord les principes directeurs relatifs à la ration de croissance :

1° *La ration alimentaire dépend de l'âge de l'enfant*, et non du poids ni de la taille. Un sujet de faible poids doit bénéficier d'une alimentation conforme à son âge, sinon il ne peut pas rattraper son retard de croissance.

Ration calorique nécessaire par kilo de poids corporel et par jour

A la naissance :	100	calories
A un an :	85	—
A six ans :	80	—
A dix ans :	75	—
A quinze ans :	60	—
A vingt ans :	50	—

2° *Les protides, aliments azotés, sont indispensables à l'enfant pour sa croissance.* — Il faut relativement à l'enfant plus de protéines qu'à l'adulte. L'édification de tissus neufs nécessite la présence dans les aliments de certains acides aminés bien définis, substances qui ne se trouvent que dans la viande, le poisson, le lait et ses dérivés, les œufs.

La ration de croissance comprend donc :

Un noyau azoté indispensable, entouré d'aliments hydrocarbonés (pain, farineux, féculents, légumes, fruits) et de matières grasses naturelles en petite quantité.

3° *Les besoins en éléments minéraux et en vitamines* sont plus importants chez l'enfant que chez l'adulte. L'organisme en voie de croissance a besoin de calcium, de potassium, de chlorure de sodium, de phosphore, de fer, pour l'édification du squelette et l'équilibre humoral. On doit s'assurer de la présence des vitamines dans la ration et pour cela donner des crudités, des aliments naturels et même des vitamines synthétiques (A et D en particulier).

4° *La ration doit être adaptée aux étapes de la croissance.* — Elle doit être renforcée pendant les périodes de croissance accélérée, surtout pendant les sixième et septième années (apparition de la deuxième dentition, augmentation de la taille) et pendant la puberté (accroissement de stature et de poids, « formation » des organes génitaux). On doit savoir aussi que *la quantité des hydrates de carbone nécessaires à l'enfant augmente avec l'âge*, se rapprochant peu à peu de celle de l'adulte.

5° *Le régime doit respecter le rythme des saisons et s'harmoniser avec les habitudes locales.* — En hiver, il est nécessaire de manger plus de graisses et de vitamines qu'en été. En été, légumes et fruits constituent la base de l'alimentation. Dans le Midi, l'enfant a moins besoin de graisses que dans les pays froids.

Ration alimentaire d'un enfant de moins de dix ans

Dans le tableau ci-dessous, on trouvera quelques chiffres représentant les quantités nécessaires d'aliments par jour et par année d'âge. Pour obtenir la ration moyenne d'un enfant pour un jour, multiplier ces quantités par l'âge de l'enfant (nous donnons en exemple le régime ainsi calculé d'un sujet de 6 ans).

Aliments	Quantités par jour (grs)	Exemples Ration à 6 ans (grs)
—	—	—
Viande	10	60
Farineux ou féculents (pâtes, riz, pommes de terre, légumes secs)	35	210
Pain	25	150
Graisse (huile ou beurre)	4	24
Légumes verts, fruits, fromages confitures	Quantités variables suivant les disponibilités du moment.	
Lait	1/2 litre de 2 à 10 ans (plus tard, 1/4 de litre).	



Si la viande est remplacée par du poisson, la quantité par jour et par année est de 12 grammes. Par contre, un seul œuf représente le noyau azoté d'une ration quotidienne et ne doit pas être offert plus de deux ou trois fois par semaine. Remarquons enfin que la dose des graisses est faible par rapport aux quantités des autres aliments.

Il est bien entendu que les chiffres donnés ci-dessus concernent seulement les jeunes enfants de moins de dix ans, car les plus grands supportent mieux les écarts de régime.

Régimes particuliers

En pratique deux régimes doivent être connus :

1° *Pour les troubles intestinaux :*

Très peu de lait (150 à 200 grs., pas du tout en cas de diarrhée).

Peu de sucre (15 grs, soit 3 morceaux environ).

Pas de sucreries (bonbons, pâtisserie).

Pas de légumes secs (haricots, pois, lentilles).

Pas de fruits secs ou déshydratés (amandes, noix, noisettes, bananes ou pruneaux secs).

Peu de fruits frais (un seul fruit par jour, tel que pomme, poire, pêche ou quelques cerises ou raisins, suivant la saison). Les fruits seront crus ou cuits, suivant les cas.

Tous les aliments non mentionnés ci-dessus sont autorisés en principe.

2° *En cas d'insuffisance hépatique :*

Pas de lait ou très peu (100 grs le matin).

Pas de graisses cuites (pas de matières grasses synthétiques, pas de beignets ni de fritures) : beurre ou huile végétale sont seuls autorisés et donnés crus.

Pas de sauces ni de condiments forts.

Pas de charcuterie ni de conserves.

Pas de chocolat ni de pâtisseries. Peu de sucre.

Pas de vin ni d'alcool (il est nécessaire de le préciser).

Les œufs sont autorisés à raison d'un seul par semaine (et seulement s'il est bien supporté).

Le poisson blanc bouilli, sans apprêt, est permis.

Les aliments non mentionnés ci-dessus sont autorisés en principe.

On remarquera que ces régimes ne comportent pas la suppression de la viande ni du fromage. Ils respectent dont le « noyau azoté » de la ration alimentaire. Par contre, il y a toujours lieu de diminuer l'absorption du sucre pur, que les parents donnent souvent trop libéralement.

Un régime ne consiste pas à diminuer la quantité de nourriture mais doit simplement rechercher la qualité et l'équilibre des aliments. Pour les aliments permis, on peut se fier à l'initiative des parents, dirigée, au besoin, par des explications complémentaires.

(1) Réflexions sur les troubles digestifs chroniques de la deuxième enfance (*Archives de Médecine Générale et Coloniale*, n° 4, 1944).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 8 OCTOBRE 1946

M. le Président souhaite, au nom de l'Académie, la bienvenue à M. le Professeur MIKALOWICZ, de Varsovie, présent à la séance.

Adoption d'un vœu. — Emue par la fréquence et la gravité des cas de tétanos survenant en France à tout âge et pour des plaies souvent insignifiantes qui n'ont incité à aucune sérothérapie préventive, l'Académie émet le vœu que soit complétée l'instruction du public par tous les procédés utiles, presse, conférences scolaires, etc... La vaccination peut être pratiquée à tout âge, par vaccin triple associé ou anatoxine de Ramon. Son efficacité est surabondamment démontrée par les résultats obtenus au cours de la guerre 1939-1945 dans les armées britannique et américaine sur tous les théâtres d'opérations (adopté à l'unanimité).

Auscultation et nosographie pulmonaires. MM. AMEUILLE, J.-M. LEMOINE et WIGNOLLE. — La concordance entre les signes d'auscultation et les lésions, d'abord établie et vérifiée par la méthode anatomo-clinique dans une mesure forcément très restreinte, a été rendue un peu moins hypothétique grâce à l'examen radiologique.

Mais dans certains cas des signes stéthoscopiques ne donnant lieu à aucune modification radiologique échappent et leur mécanisme demeure inexpliqué ; les râles divers sont dans ce cas et l'on doit se contenter des diagnostics de bronchite et de congestion.

L'endoscopie bronchique montre que la bronchite comporte le gonflement de la muqueuse, son infection, l'hypersécrétion de moccus et l'hyperexcitabilité tussigène. Ces lésions sont souvent de distribution segmentaire.

Il existe aussi une bronchite d'accompagnement due au passage de produits irritants éliminés. La production des râles n'en reçoit pas forcément une explication ; il semble qu'ils ne puissent se produire qu'en cas de troubles de sécrétion avec stase tout au moins pour les râles bulleux et peut-être pour les râles de « congestion ».

Les « congestions actives » ne sont que des diagnostics imparfaits ou erronés et il convient de réviser les diagnostics traditionnels de congestion et de bronchite.

Discussion : M. BEZANÇON rappelle ses travaux avec Branca sur les facteurs physiques des modifications stéthoscopiques.

M. RIST insiste sur la révision nécessaire des diagnostics trop vagues et les conséquences à en tirer au point de vue administratif et social.

Recherches sur les propriétés antibiotiques des solutions de pénicilline formolées et sur leur stabilité. Conséquences pratiques. — MM. G. RAMON et RICHOU. — La durée relativement faible de conservation des solutions de pénicilline, leur sensibilité à la chaleur, leur infection possible par des germes banaux élaborant une pénicillinase destructrice, sont parmi les obstacles à un emploi plus courant du médicament.

Les solutions de pénicilline en eau physiologique traitées par le formol seul ou par le formol et la chaleur sont plus stables, se conservent en ampoules trois mois à la chambre froide et un mois à la température ordinaire sans perte de puissance ni risque de contamination.

Cette « pénicilline stable » est susceptible d'un emploi plus commode et moins restreint que le produit courant.

Sur un nouveau cas de septicémie à streptobacillus moniliformis observé à Paris. Importance diagnostique des manifestations phayngolaryngées. — MM. LEMIERRE, RELLY, MORIN et VISSIAN. — Un homme bien portant de 34 ans est pris d'une fièvre irrégulière à début soudain, à type rémittent puis d'arthralgies salicylorésistantes, de douleurs pharyngolaryngées intenses et durables avec enrouement, enfin d'exanthème typique. Hémoculture au S. M. positive. Le malade travaille habituellement dans une cave infestée de nombreux rats mais n'a jamais été mordu. En quelques heures la pénicilline fait cesser la fièvre et transforme la situation, les symptômes disparaissent ; le malade reprend 2 kg. 600 en cinq jours et sort guéri après dix jours. Les symptômes pharyngolaryngés sont parmi les plus importants pour le diagnostic.

Remarques sur les échanges thermiques de l'organisme avec l'ambiance. — M. BESSON. — Les notions d'équivalence thermique des ambiances de température résultante et de neutralité thermique ont une importance notable en hygiène climatique et en hygiène de l'habitation ainsi qu'en matière de réchauffement rafraîchissement des locaux.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

24 *juin.* — M. LÉVY. — Traitement des méningites à pneumocoques par les sulfamides.
M. PAUWELS. — Prophylaxie antituberculeuse.
M. JOLIVET. — Un cas de mégacolon chez un nouveau-né.
Mme JANEAU. — Organisation médicale de la médecine en Angleterre.
Mlle LYON. — Myxœdème et gemellite.
M. LUGUET. — Diphtéries malignes emboligènes.
M. BOGROS. — L'hydro-alvéolite de la coqueluche.
Mlle GÉRARD. — Les tuberculoses à type de primo-infection chez l'adulte âgé.
Mlle LAFOY. — Anémie de Von Jacksch-Luzet et tuberculose.
Mme THIERRY-MIEG. — Les possibilités sociales des cantines scolaires.
Mlle BRICOU. — Asthme réflexe hépato-bulbaire.
M. CARE. — La cholinestérase sérique.
M. LEBRUN. — A propos d'un cas de maladie de Bouillaud.
M. DUMAS — Transfusions sanguines par voie sternale.
M. CORVAZIER. — Propriétés antibiotiques de bacillus subtilis.
M. HAKIM-GED. — Cancer de l'estomac au début.
M. LAMOTTE. — Le syndrome de l'hypotension.
M. SZWARCBORT. — Hypotension artérielle au cours des cirrhoses hépatiques.
M. COUDRAUD. — Résultats obtenus par la médecine dans le domaine de la tuberculose.
M. BOTTREAU. — L'ostéosynthèse des fractures spiroïdes fermées de jambe.
M. MIGONNEY. — Anesthésie de la main par voie veineuse.
M. MOULINET. — La lithiase pancréatique.
M. WEISZ. — Traitement chirurgical des hémorroïdes.
M. BARRA. — Anesthésie générale par voie endoveineuse.
M. DECREMPS. — 247 observations d'anesthésie.
M. MIREUR. — A propos d'un cas de migraine.

25 *juin.* — M. DENIS. — Etiologie et pathologie de l'éléphantiasis tropical.
M. DOINET. — Aleucie toxi-alimentaire.
M. HAOHICHA. — Eosinophilie tropicale.
M. HOARAU. — Helminthiases et syndromes de Lœffler.
M. GUIBERT. — Traitement de la blennoragie féminine par la pénicilline.
M. DÉWÈ. — Traitement de la syphilis par la pénicilline.
M. ETCHEVERRY. — Etude étiologique de l'atrophie jaune du foie.
Mme BASTARD-PELLETIER. — Rapports du médecin et du pharmacien.
M. ALBOUY. — Fractures de l'appareil laryngo-trachéal au cours de la pendaison
M. JACOTOT. — Quelques aspects des devoirs du médecin praticien.
M. ROQUIN. — Conditions du travail dans les entreprises travaillant au triage de chiffons.
M. PARGAMIN. — Analgésie au protoxyde d'azote en stomatologie.
M. LEDUC. — Troubles sympathiques d'origine dentaire dans l'évolution des stomaties.
M. KANTARDJIEFF. — Antre d'Highmore et kystes dentaires.

THESES VETERINAIRES

6 *juin.* — M. CHATEAU. — Contribution à l'étude de la chirurgie naso-sinusienne du chat.

7 *juin.* — M. BRISEMONTIER. — La gémellité dans l'espèce bovine.

13 *juin.* — M. BRU. — De la toxicité des miels.
M. BACHY. — Malformations ano-rectales chez les animaux domestiques.

XLIXe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

Le Congrès de Chirurgie reprenant et amplifiant les anciennes traditions a ramené l'animation des grands jours à la Faculté de Médecine. La séance d'ouverture a eu lieu le 7 octobre dans le grand amphithéâtre rénové et brillamment décoré.

Aux côtés de M. Jacques de Fourmestraux (de Chartres), président du Congrès et de M. le Recteur Roussy, président d'honneur, on remarquait M. le Professeur Hartmann, président de l'Association française de chirurgie ; M. le doyen Léon Binet ; M. Levêque, directeur général de l'Assistance Publique ; M. le Dr Louis Bazy. A sa droite, M. le médecin général inspecteur Rouvillois, M. le Professeur Leriche, M. le Professeur A. Basset, président de l'Académie de Chirurgie ; M. Baumgartner, vice-président du Congrès ; M. le professeur Pierre Brocq, secrétaire général adjoint de l'Association fançaise de chirurgie.

Dans l'hémicycle et dans l'amphithéâtre avaient pris place de nombreux chirurgiens français et une très importante représentation étrangère.

Dans son discours d'une très haute tenue, le président à rendu un hommage ému à la mémoire des collègues disparus. En historien érudit, M. de Fourmestraux a rappelé la naissance du grand amphithéâtre construit sur l'ordre de Louis XV et inauguré par Louis XVI. Il a traité enfin de la Vocation chirurgicale et de l'Education du chirurgien. L'éminent orateur a remporté un vif succès.

M. Brocq, dans un rapport très brillant, a salué tous les membres présents et remercié les rapporteurs pour leur exactitude.

M. le recteur Roussy, enfin, évoquant le souvenir de ses études dans cette Faculté, a traité de l'orientation biologique de la médecine et de la chirurgie et il s'est félicité de voir s'établir un contact plus soutenu entre les différentes branches des sciences et l'Université.

Le remarquable succès obtenu par le Congrès tient surtout à la préparation minutieuse dont il a été l'objet de la part dû Président et de la part de M. Vuillod, secrétaire administratif de l'Académie de Chirurgie et organisateur incomparable. La très belle exposition d'instruments et d'appareils, la présentation de nombreuses spécialités par les laboratoires, n'ont cessé d'attirer, pendant tout le Congrès, une grande affluence de visiteurs.

Résumé des rapports

Premier rapport

Identification et traitement des embolies pulmonaires, par R. Fontaine (Strasbourg), H. Redon (Paris) et la collaboration de Mme Greiner-Oswald (Strasbourg).

Dans la première partie de leur travail, les auteurs rappellent les caractères anatomiques qui permettent d'affirmer la nature embolique d'un caillot : il est pelotonné contourné sur lui-même, il n'a aucun contact avec la paroi dont les réactions histologiques n'évoluent pas parallèlement avec les siennes ; il est à cheval sur la bifurcation de l'artère pulmonaire et n'est pas moulé sur la lumière vasculaire. L'embolie pulmonaire mortelle est, contrairement à ce qui a été dit dans un certain nombre de travaux français, relativement fréquente ; elle est d'ailleurs assez souvent méconnue (dans 23 % des cas chirurgicaux et dans 66 % des cas médicaux). Il apparaît d'autre part que les embolies même massives ne sont pas toujours immédiatement mortelles et qu'à l'autopsie de sujets morts d'un syndrome cataclysmique on peut trouver des embolies déjà vieilles de plusieurs mois (Ameuille). Enfin la mort brutale par « embolie » peut répondre à tout autre chose qu'à cette lésion même.

Leurs recherches expérimentales personnelles ont montré aux rapporteurs la possibilité de reproduire sur l'animal la mort embolique rapide par oblitération du tronc de l'artère pulmonaire et de ses branches. L'obstruction embolique entraîne une gêne dans la circulation du vaisseau, mais à ce facteur mécanique très important en raison du calibre de l'artère, s'ajoute une série de réflexes à action prédominante vaso constrictive locale, générale et bronchomotrice. Ces perturbations contribuent à aggraver la gêne purement mécanique. Il existe donc un parallélisme entre le mécanisme des accidents au cours de l'embolie pulmonaire et celui des embolies périphériques. Ces notions expliquent que si 70 % des embolies meurent dans des conditions qui mécaniquement déjà ne permettent pas la survie (mais souvent plus vite que ne le comporterait le trouble hemodynamique seul) 30 % succombent, alors que la gêne mécanique intéresse bien moins que les 79 pour 100 du parenchyme pulmonaire, ce qui représente le maximum dont nous pouvons nous passer (Steinberg et Mundy). Ces 30 % représentent les malades chez lesquels l'embolie déclenche des réflexes particulièrement violents et nocifs.

L'origine de l'emboile doit être recherchée dans une thrombose veineuse. Mais même à l'autopsie la phlébite initiale n'est pas toujours facile à mettre en évidence. Des recherches biologiques poursuivies récemment, il apparaît d'ailleurs que l'embolie n'est pas un simple accident chez des malades atteints de thrombose veineuse. L'embolie est liée à certaines modalités évolutives du caillot, dépendant de variations physico-chimiques très précises. Indiscutablement la phlébite méconnue est plus souvent à l'origine de la grande embolie pulmonaire que la phlegmatia alba avérée (44 % des cas Ducuing).

L'embolie périphérique non mortelle n'aboutit pas fatalement à l'infarcissement du poumon. L'oblitération artérielle est habituellement insuffisante pour le provoquer.

Dans la deuxième partie le rapport a pour objet l'identification clinique des embolies pulmonaires ; il faut opposer les formes graves et les formes bénignes ; les premières peuvent revêtir différents aspects : formes syncopales, forme angoissante, forme avec collapsus cardio-vasculaire, forme respiratoire, asphyxique, etc... et enfin des formes atypiques qui se camouflent derrière un syndrome neurologique, cardiaque, péritonéal, rénal, etc...

Parmi les embolies sans gravité immédiate il faut surtout retenir l'embolie à répétition qui n'est pas exceptionnelle, ce qui plaide en faveur d'une action directe sur l'origine de l'embolie (ligature de la veine ou phlébectomie).

Il existe enfin un certain nombre de fausses embolies simulées en particulier par anaphylaxie pulmonaire mais dont l'identification chez l'homme est discutable (Géry).

Le traitement prophylactique de l'embolie en est encore à l'étape des tentatives dont l'efficacité est difficile à établir : lever précoce, administration de thyroïdine, d'héparine, de couramine...

Lorsque la thrombose veineuse est confirmée la ligature veineuse, la phlebectomie ou la thrombectomie précédée au besoin d'une veinographie sont parfaitement légitimes et d'ailleurs assez souvent utilisées à l'étranger ; les rapporteurs estiment qu'elles ne doivent pas d'ailleurs rester des interventions d'exception.

Le *traitement médical* de la grande embolie comporte surtout les injections intraveineuses d'Eupavérine dont Deuk a obtenu quelques succès, les infiltrations du ganglion stellaire ou les injections intraveineuses de novocaïne dont il est difficile de chiffrer avec exactitude le pourcentage de succès.

Quant au *traitement chirurgical* l'embolectomie décrite par Trendelenburg comporte indiscutablement des difficultés techniques ; elle nécessite une organisation matérielle parfaite, un entraînement permanent du chirurgien et de son équipe (Willy Meyers) pour être tentée avec quelque chance de succès. Il est d'ailleurs extrêmement difficile d'en poser les indications légitimes.

Deuxième rapport

Conservation de la fonction sphinctérienne dans la cure opératoire du cancer du rectum, par MM. d'Allaines (Paris) et R. de Vernejoul (Marseille).

Après avoir rappelé les notions classiques concernant l'anatomie chirurgicale du rectum, sa vascularisation artérielle, la topographie de ses voies lymphatiques et des relais ganglionnaires, l'anatomie et la physiologie de l'appareil sphinctérien, les rapporteurs abordent dans le deuxième chapitre de leur mémoire, les *indications* et *contre-indications* de *l'opération conservatrice.*

Toute intervention de cette nature est tributaire de deux conditions : la sécurité et la possibilité.

La sécurité repose sur la nécessité d'enlever un segment d'intestin suffisamment long et de pratiquer une ablation étendue et systématique de l'atmosphère périrectale autour de la tumeur, enfin une résection large des relais lymphatiques.

Si l'étendue de la résection au-dessus de la tumeur ne soulève pas de difficulté, il n'en est pas de même au-dessous de celle-ci. En accord avec les travaux et les statistiques de Mandl et de Bacon, les rapporteurs estiment que l'on peut sans danger opérer par la méthode conservatrice des tumeurs situées entre 6 et 10 centimètres de l'anus à condition d'étendre la résection à la muqueuse du canal anal en entier et surtout de choisir les bons cas. Pour tout cancer du rectum arrivé à la période d'état, il est prudent de suivre la règle qui consiste à dépasser d'au moins 5 centimètres vers l'aval la résection de l'intestin.

Quant aux possibilités de la réparation, elles ne peuvent être reconnues avec certitude qu'au cours de l'opération elle-même ; c'est une fois la tumeur libérée, l'intestin disséqué au-dessous d'elle qu'on peut estimer si la conservation sphinctérienne est possible ou non.

Le pourcentage des cancers du rectum dans lesquels la résection conservatrice est possible est d'ailleurs élevé : 55 p. 100 des cas (d'Allaines et de Vernejoul), 70 p. 100 (Finsterer) et même 80 p. 100 (Bacon qui en pousse au maximum les indications).

Les objections de principe qu'on oppose à cette intervention : gravité de l'opération qui est longue, minutieuse, plus grande fréquence des récidives locales et des métastases, ne comptent pas en face des résultats obtenus.

Dans la troisième partie du rapport les auteurs passent en revue les techniques des opérations conservatrices, après avoir retracé l'évolution des idées sur ce sujet.

1° *Opérations conservatrices faites uniquement par voie abdominale ;* elles ne sauraient s'adresser qu'à des cancers du haut rectum ou de la fonction rectosigmoïdienne, qui sortent du cadre de cet exposé ;

2° *Opérations conservatrices faites par voie basse ;* elles utilisent la voie sacrée (Kraské), coccypérinéale (Cuneo), transanale ;

3° *Opérations conservatrices par voie mixte large* qui peuvent être réalisées par voie abdominosacrée ou abdominopérinéale. La première est la plus couramment utilisée en Europe en raison du large accès qu'elle fournit sur le pelvis ; la brèche sacrée permet en effet de disséquer et de reséquer avec facilité la portion sous péritonéale du rectum tout en ménageant l'appareil sphinctérien ; mais elle est plus compliquée du fait de la résection osseuse et peut comporter des incidents post-opératoires, des suites longues.

L'opération opératrice par voie périnéale (Bacon) procède de deux principes : pas de résection sacrée mais une simple incision périnéale ; pas de suture intestinale ; l'anus est dépouillé de sa muqueuse et on laisse pendre le colon à travers celui-ci. Les suites opératoires sont d'une remarquable simplicité ; il n'y a pas besoin d'anus préalable et le malade peut partir guéri au bout de quinze jours. Toutefois la continence automatique paraît moins bonne du fait qu'on a supprimé la muqueuse du canal anal.

Résultats. — La conservation sphinctérienne n'a pas grande influence sur la mortalité post-opératoire lorsqu'on compare les statistiques des auteurs qui pratiquent les deux types d'opération, amputation et résection ; au contraire la mortalité des amputations est souvent plus élevée. Quant à l'influence sur les résultats éloignés elle est nulle ; parmi les nombreuses stastistiques rapportées, citons celle de Mandl : 33 à 37 % de guérison après cinq ans pour la résection ; 26 à 31 % de guérison après cinq ans pour l'amputation. Bacon a 50 % de survie après cinq ans.

Les *résultats fonctionnels* de la conservation sphinctérienne sont dans l'ensemble bons ; la contraction volontaire du sphincter est presque toujours conservée et dans la majorité des cas la continence automatique excellente. Mais la qualité du résultat est néanmoins sous la dépendance de la technique employée ; les rapporteurs estiment que la muqueuse anale possède une sensibilité propre indispensable au mécanisme de la continence et qu'il faut chaque fois que la chose est possible en conserver au moins une hauteur de 4 centimètres.

Mais au demeurant la conservation fonctionnelle, si utile qu'elle soit, ne doit être considérée que comme une heureuse possibilité et jamais comme une obligation lorsqu'on se trouve en présence d'un cancer du rectum.

Troisième rapport

Réparation des pertes de substance traumatiques des troncs nerveux des membres, par MM. P. Wertheimer (Lyon), R. Merle d'Aubigné (Paris), et Déjardin (Bruxelles).

Etude physio-pathologique. — P. Wertheimer situe les notions actuelles concernant la structure histologique du tronc nerveux, et sa circulation artérielle ; de cet exposé il conclut à la nécessité d'assurer le maintien de cette vascularisation si l'on veut voir s'établir le processus de réparation active du nerf.

Physiologiquement la régénération apparaît comme un processus de croissance axonique dont le dynamisme échappe à notre analyse mais que favorisent la poussée exubérante et migratrice des éléments cellulaires de la névroglie et aussi certaines conditions physiologiques et biologiques du milieu conjonctif dans lequel est amené à s'effectuer la prolifération.

La régénération passe par deux phases (Gutman et Sanders) : une phase initiale de croissance et une seconde de reconstitution moins bien étudiée que la première. Les doctrines classiques attribuaient à la régénération une vitesse uniforme de un millimètre par jour (Vanlair), Seddon, Madawar et Smith ont constaté que cette vitesse varie selon les fibres nerveuses et ne suit pas une marche régulière ; elle oscille entre 1 et 7 millimètres par jour. Elle n'est pas la même pour chaque nerf et il y a lieu de tenir compte, pour établir la durée éventuelle de réparation d'un nerf, d'un temps de « latence ». La régénération n'implique pas seulement le rétablissement des connections anatomiques et fonctionnelles mais encore celui des mécanismes physiologiques, ce qui est d'ailleurs extrêmement difficile à apprécier avec exactitude en raison de l'impossibilité d'isoler le territoire réinnervé des zones voisines dont les territoires sensitifs et moteurs sont restés sains.

Les recherches expérimentales permettent de condamner théoriquement tout au moins, les procédés d'engainement ou de manchonnage. L'adjonction de la suture n'a aucun inconvénient à condition qu'on utilise des fils très fins en petit nombre, faits de matières non résorbables et intéressant seulement le névrilemme. L'expérimentation témoigne également d'une défaveur absolue envers les greffes mortes et consacre uniquement l'emploi des greffes vivantes et fraîches, autogreffes de préférence aux homogreffes.

Etude anatomo-clinique. — Déjardin adopte la classification plus anatomique que clinique d'ailleurs, proposé par H. Cohen en 1941 et utilisée par les chirurgiens anglo-saxons.

— Le *neurotmesis* est caractérisé par les lésions entraînant une destruction complète des conducteurs nerveux : il y a perte totale de la fonction.

— L'*axonotmesis* dans lequel la destruction des fonctions nerveuses est complète mais les gaines lamelleuses sont intactes ; la régénération spontanée est presque toujours possible.

— La *neurapraxie* désigne les cas où la paralysie survient malgré l'absence de dégénérescence périphérique.

L'investigation clinique, pour établir un diagnostic précis de la nature des lésions et leur étendue, doit porter sur les trois variétés de symptômes : motricité, sensibilité et trophicité. L'examen électrique et la biopsie musculaire peuvent la compléter avec fruit.

Parmi les tests de restauration fonctionnelle il faut attacher de la valeur à la récupération de la sensibilité à partir de l'extrémité proximale de la zone d'anesthésie, au retour du tonus musculaire, etc...

Traitement. — R. Merle d'Aubigné. Dans la première partie de son exposé le rapporteur étudie les *méthodes thérapeutiques :* sutures et greffes. Toute réparation chirurgicale doit être précédée d'un avivement des deux extrémités à réunir ; cet avivement doit être large et la préoccupation du rétablissement de la continuité ne doit pas intervenir dans ce temps de l'intervention ; si l'avivement est insuffisant toute régénération est impossible.

La suture bout à bout des pertes de substance nerveuse ne va pas sans faire courir des risques importants à la régénération nerveuse, quelque soit l'artifice employé pour allonger le nerf : dissection étendu du bout proximal, transposition, flexion des articulations, suture en deux temps.

Les greffes. L'auteur en discute les différentes modalités : hétérogreffes, homogreffes, autogreffes.

De l'étude extrêmement précise des résultats expérimentaux cliniques et statistiques, le rapporteur conclut : la suture bout à bout est le procédé qui de loin donne les plus grandes chances de succès.

Il faut tout mettre en œuvre pour la réaliser sans mise en tension des deux bouts nerveux avivés. Toutefois si l'allongement nécessaire dépasse 20 p. 100 de longueur du nerf étiré, ou si la mobilisation nécessite des sections de branches importantes, il faudra envisager un autre procédé : greffe ou méthode palliative.

Technique. — Le choix du moment de l'intervention a une grosse importance ; les chirurgiens d'Oxford considèrent la suture primitive comme indésirable, même quand elle est possible ; la proportion des bons résultats est en effet plus forte avec la suture secondaire qu'avec la suture primitive ; les examens histologiques faits après échec d'une suture primitive montrent d'ordinaire une sclérose des extrémités qui témoigne d'une résec-

tion primitive insuffisante. Les conditions biologiques optima se placent entre le 15e et le 25e jour (Young).

Le plus grand progrès fait au cours de cette guerre dans le traitement des plaies des nerfs réside dans la suture secondaire précoce rendue possible par un traitement initial bien conduit ayant permis une fermeture rapide de la plaie ; emploi systématique de la pénicilline, application de greffes cutanées.

La réparation technique du nerf étant réalisée, le traitement ne doit pas s'arrêter là : l'appareillage du membre pour éviter la rétraction des muscles antagonistes, la physiothérapie et l'électrothérapie constituent des moyens accessoires mais qui ne sont pas négligeables. Enfin deux nerfs peuvent bénéficier d'interventions palliatives dont la qualité des résultats est remarquables : la paralysie du pied par atteinte du nerf sciatique poplité externe peut être supprimée par l'opération de Lambrinudi et la paralysie radiale relevée de transplantations tendineuses qui permettent d'éviter tout appareillage.

P. Lance.

QUELQUES SOUVENIRS HISTORIQUES

A propos du centenaire de la Société de chirurgie (1)

par M. Louis Bazy

Le 25 août 1843, 17 jeunes chirurgiens, appartenant tous au corps des hôpitaux de l'Assistance publique de Paris, se réunissaient à l'Hôtel de Ville de Paris, pour tenir la première séance de la Société de Chirurgie destinée, disait l'article 1er de ses statuts, à « l'étude et au progrès de la Chirurgie ». La chronique du temps nous apprend que cette initiative qui devait, pourtant, porter de bien admirables fruits, fut loin de se développer dans une atmosphère de sympathie. La jeunesse seule y participa et l'animateur de la nouvelle Société, son inspirateur et son premier président, Auguste Bérard, bien qu'il fût déjà professeur de clinique chirurgicale à la Faculté et membre de l'Académie Royale de Médecine, n'avait que quarante-deux ans.

Nous sommes aujourd'hui rassemblés pour célébrer, après cent trois ans, la grandeur de l'œuvre fondée par ces jeunes hommes, persuadés qu'une science comme la chirurgie, qui doit, dans l'intérêt supérieur des malades, être en perpétuel devenir, ne peut progresser si tous ceux qui la pratiquent n'apportent pas leurs idées, leurs observations, le résultat de leurs opérations pour les soumettre à la libre critique de leurs pairs. Déjà, au XVIIIe siècle, Mareschal, premier chirurgien du roi et La Peyronie, son survivancier, avaient obtenu du roi Louis XV, en 1731, l'autorisation de fonder l'Académie Royale de Chirurgie qui exerça une influence considérable sur la chirurgie de son temps et dont les Mémoires soigneusement rédigés par les secrétaires perpétuels, dont le plus illustre fut Antoine Louis, constituaient un véritable Traité de Chirurgie sans cesse remis à jour au gré de l'évolution des idées comme des découvertes nouvelles.

C'est en s'inspirant des mêmes sentiments qu'Auguste Bérard et ses seize jeunes collègues fondèrent la Société de Chirurgie, renouant ainsi, après cinquante années d'interruption, la tradition scientifique et bienfaisante de l'Académie de Chirurgie supprimée par la Convention de 1793 en même temps que toutes les autres Académies. Quel préjudice porta à l'évolution et à la diffusion de la science chirurgicale française la disparition de l'Académie de Chirurgie, l'Histoire de notre art est là pour nous l'apprendre, comme elle peut aisément mesurer la place éminente qu'ont tenue les travaux de la Société de Chirurgie qui prétendait aux mêmes buts.

Lors de la célébration du cinquantenaire, en 1893, M. Charles Monod, qui en était le secrétaire général, et, à ce titre, avait été chargé de préparer sur elle une notice historique, se déclarait dès ce moment incapable de donner une idée même approximative de toutes les questions qui avaient été étudiées et de tous les progrès que les discussions honnêtes et approfondies avaient permis de réaliser. Il est vrai qu'en 1843 on ne connaissait pas encore l'anesthésie ; les procédés pour arrêter les hémorragies étaient bien rudimentaires ; on ne savait rien des infections. Autant dire que la chirurgie moderne n'était pas encore née. En 1893, les chirurgiens connaissaient l'anesthésie, l'hémostase et les travaux de Pasteur, inspirant ceux de Lister, avaient abouti à la découverte de l'antisepsie. La méthode aseptique, celle qui nous gouverne, qui est notre règle autoritaire, était en vue. Les chirurgiens pouvaient commencer à élargir considérablement leur champ d'action.

Que dire des cinquante années suivantes qui nous ont amenés jusqu'à ce centenaire, sinon que la chirurgie a fait un bond tellement prodigieux qu'il serait présomptueux de vouloir en quelques lignes en marquer l'étendue. Mais, si les hommes de ma génération qui commencèrent leurs études avec le XXe siècle veulent bien faire un retour en arrière, ils mesureront avec admiration le chemin parcouru. En 1893, le professeur Verneuil, qui présidait la cérémonie du cinquantenaire de la Société de Chirurgie, déclarait qu'elle constituait « une encyclopédie vivante », et M. Monod, complétant cette pensée, ajoutait que le chirurgien de la fin du XIXe siècle devait savoir tout faire et que : « la main qui maniait avec prestesse le couteau à amputations était prête à saisir, tel jour l'aiguille à cataracte, tel autre le lithotriteur, tel autre encore le forceps ». Cinquante ans après, la science chirurgicale est devenue si vaste qu'on ne pourrait même pas envisager qu'un cerveau, si puissant fut-il, puisse en embrasser toutes les parties.

Si c'est en France que naquit en 1731 l'Académie de Chirurgie qui eut un tel prestige, si l'on en croit Voltaire, « qu'on venait à Paris des bouts de l'Europe pour toutes les cures et opérations qui exigeaient une dextérité peu commune » et qui fut en vérité la première Société scientifique consacrée exclusivement à l'étude des problèmes concernant la chirurgie, si la Société de Chirurgie dont nous célébrons aujourd'hui le centenaire fut aux dires de M. Verneuil « l'aînée de toutes celles du même genre fondées au cours de ce siècle », l'une et l'autre ont vu se développer à travers le vaste monde non des rivales mais des émules qui nous enrichissent de leurs propres découvertes et dont nous sommes si heureux de voir les membres éminents nous entourer aujourd'hui pour communier avec nous dans le même fervent amour de notre art. Grâce au ciel, la chirurgie reste encore une science où il n'existe pas de secret jalousement gardé, ses adeptes n'ayant d'autre vocation que d'arracher le plus grand nombre de vies à la maladie et à la mort. Puissions-nous avoir encore assez de temps devant nous pour voir luire le jour bienheureux où toutes les sciences, à l'image de la nôtre, ne seront plus préoccupées que du seul mieux-être de notre misérable humanité !



Mais, si par son côté scientifique la chirurgie présente un caractère universel, par son côté pratique elle s'adresse essentiellement à l'individu, à l'homme. Ainsi, elle se mêle intensément à la vie de la Nation, à la vie de la Cité et, puisque nous sommes aujourd'hui réunis dans la Maison commune, peut-être pouvons-nous évoquer le rôle de la Société de Chirurgie au cours des grands événements qui ont traversé l'histoire de notre peuple comme de notre ville.

En 1893, M. Monod pouvait avec orgueil rappeler déjà que la Société de Chirurgie avait toujours eu à cœur de ne pas interrompre une seule fois le cours de ses séances, pas plus pendant les journées de 1848 que plus tard, pendant l'année terrible, ni dans les jours plus troublés encore de la Commune ». Un seul mercredi, cependant, en cinquante ans, la Société de Chirurgie ne put tenir séance. C'était le 24 mai 1871, jour où le combat était engagé dans les rues de Paris entre l'Armée et les partisans de la Commune. Il est vrai que, ce jour-là, les chirurgiens pouvaient penser avec raison qu'ils avaient mieux à faire que d'échanger des idées, si fructueuses qu'elles fussent, et que le meilleur moyen de prouver leur fierté d'être des chirurgiens était de se trouver dans leurs services pour y prodiguer leur savoir aux blessés qui en avaient besoin.

Héritiers d'une aussi noble tradition, les hommes qui la recueillirent s'y montrèrent invariablement fidèles. Durant la première guerre mondiale, la Société de Chirurgie siégea en permanence. Les plus illustres de ses membres mirent le prestige de leur nom, l'autorité de leurs travaux, à la disposition du Service de Santé militaire. Ils établirent entre les chirurgiens de réserve et ceux de l'armée active une liaison fructueuse. Par de fréquentes missions aux armées, ils se faisaient les bons messagers de tous les progrès d'une chirurgie nouvelle, dans une guerre dont on n'avait pu prévoir ni l'ampleur, ni la durée. Ils donnèrent libéralement accès à la tribune de leur Société à tous ceux qui servaient aux Armées et ils trouvèrent leur récompense dans la satisfaction qu'ils éprouvèrent à voir la chirurgie de guerre s'édifier sur les principes qui, avec les perfectionnements dus à l'expérience et à l'évolution scientifique et technique, furent ceux-là mêmes qui guidèrent les chirurgiens de la plus grande guerre 1939-1945. Une autre récompense les attendait encore : celle de voir le Gouvernement de la IIIe République, désireux de marquer la reconnaissance, de la Patrie envers les chirurgiens qui l'avaient si bien servie, autoriser en 1935 la Société nationale de Chirurgie à relever le titre d'Académie de Chirurgie.

J'ai eu le double et très grand honneur d'être le dernier Secrétaire général de la Société Nationale de Chirurgie, le premier Secrétaire général de la renaissante Académie de Chirurgie. C'est ce qui me vaut à coup sûr le redoutable privilège de parler au

(1) Discours prononcé le 9 octobre 1946 à l'Hôtel de Ville de Paris. Cf. *Gazette des Hôpitaux*, n° 20, 12 octobre 1946, p. 437.

nom de mes collègues, car il ne nous eût pas été difficile de trouver parmi nous des voix plus éloquentes. N'avons-nous pas, par une coïncidence qui sans doute ne se renouvellera pas de longtemps, la fierté de compter dans nos rangs deux membres de l'Académie Française : Georges Duhamel, le sensible et puissant philosophe qui nous fait tant aimer ce Paris où il est né et dont il parle avec tant de charme et de vérité ; Henri Mondor, maître ès chirurgie, maître ès lettres aussi, bien que, dans sa modestie, il prétende n'être qu'un disciple de Mallarmé et de Paul Valéry.

La nouvelle Académie de Chirurgie ne pouvait mieux justifier l'honneur et la marque de confiance qui lui avaient été décernés qu'en se montrant digne de ses deux illustres devancières. Il ne nous appartient pas d'anticiper le jugement de l'Histoire et de proclamer qu'elle y a réussi. Elle s'y efforça tout au moins. Comme la Société Nationale de Chirurgie en 1914, elle se mit, en 1939, tout entière au service du Pays. Tandis qu'un très grand nombre de ses membres servaient directement aux Armées, ceux qui restèrent à Paris se réunirent sans tarder dès la déclaration de guerre sous la présidence de notre toujours jeune doyen, M. le professeur Hartmann et ils s'ingénièrent comme leurs aînés à favoriser, de toute leur influence, la mise à la disposition des chirurgiens d'armée de tous les moyens matériels nécessaires à la pratique de la moderne chirurgie de guerre. Comme leurs aînés encore, lorsque l'invasion submergea Paris, ils restèrent, comme il se devait, à leurs postes comme chirurgiens. Ils ne démissionnèrent pas davantage comme savants. Parcourez les *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* de l'époque (5, 12, 19, 26 juin 1940) : aucun compte rendu de nos habituelles séances du mercredi ne manque. Vous y chercheriez en vain la trace des tragiques événements qui assombrissaient Paris et la France. Les discussions scientifiques continuaient dans leur imperturbable sérénité. Seul, l'éloge funèbre d'un des meilleurs d'entre nous, Thierry de Martel, est là pour nous rappeler le drame encore plus grandiose qui se déroula durant les sombres jours de juin 1940.

Puis vinrent les jours douloureux de l'occupation, ceux plus sombres encore des déportations et des persécutions de toutes sortes.

Nous connûmes alors, nous aussi, nos martyrs. L'un, glorieux combattant de l'autre guerre, déporté en Allemagne, y mourut dans d'atroces souffrances, ayant servi de sujet d'expérience aux médecins nazis ; un autre, le jour même où l'on venait l'arrêter, se donna stoïquement la mort, plutôt que de tomber aux mains de l'ennemi ; d'autres payèrent de la plus dure des incarcérations leur foi inébranlable dans le relèvement de notre pays ; d'autres enfin disparurent un jour mystérieusement pour mieux préparer dans l'ombre la revanche à laquelle nous étions tous fermement décidés.

Dans le même temps nos hôpitaux se remplissaient d'une étrange clientèle, celle de tous ceux qu'à différents titres traquait l'Allemand. Alors, que de hernies longuement étudiées, plus longuement encore traitées ! Que d'appendicites opportunément soupçonnées ! Que d'appareils plâtrés, d'autant plus impressionnants que les lésions qu'ils recouvraient étaient plus imaginaires ! Ce fut l'époque où, avec la patriotique complicité de notre admirable corps d'infirmières et d'infirmiers, conscients cependant des dangers qu'ils couraient, nos hôpitaux, continuant une tradition vénérable à laquelle nous sommes profondément attachés, devinrent les plus impénétrables, les plus inviolables lieux d'asile.

Après les jours d'angoisse et de douleurs, ce fut enfin la Libération. Où pourrait-on mieux l'évoquer que de cet Hôtel de Ville qui en fut le centre ? D'ici l'on aperçoit la masse sombre de la Préfecture de Police où la police parisienne opposa à l'occupant une résistance héroïque. A ses côtés l'Hôtel-Dieu où, une semaine durant, sans arrêt, enfermées avec leurs malades, des équipes de chirurgiens prodiguèrent sans se lasser leurs soins aux blessés à quelque camp qu'ils appartinssent.

On sait que la population de Paris tout entière se souleva contre l'envahisseur. Partout, dans la ville, des combats acharnés et souvent inégaux mirent aux prises les Français avides de liberté avec ceux qui la leur avaient provisoirement ravie. Ainsi tous nos hôpitaux eurent-ils à prendre leur part de ces historiques journées et ils la prirent tous avec honneur.

Rappeler toutes ces circonstances dans lesquelles les chirurgiens furent directement associés aux plus grands événements comme aussi aux plus journaliers, qu'est-ce à dire sinon que la chirurgie dont la mission est de chercher à sauver des vies que tant de facteurs conspirent à compromettre, voit sa propre histoire constamment et intimement mêlée avec celle de notre peuple. C'est cette interdépendance de notre profession et de la population dont vous avez la charge, monsieur le Président, que vous avez voulu symboliser sans doute, en nous accueillant si généreusement pour cette commémoration dans cet Hôtel de Ville où, il y a plus de cent ans, M. de Rambuteau, préfet de S. M. Louis-Philippe, roi des Français, offrit l'hospitalité à la Société de Chirurgie qui venait de se fonder.

Au reste, quittant ce Palais municipal pour regagner la Faculté de Médecine, il nous suffira, chemin faisant, de jeter un coup d'œil autour de nous pour apercevoir, fixée dans la pierre, la place que de tout temps la chirurgie a tenue dans notre bonne ville de Paris. Après avoir passé la Seine, nous rencontrerons l'Hôtel-Dieu à l'ombre tutélaire de l'antique basilique Notre-Dame, comme l'était le vieil Hôtel-Dieu que nos pères ont connu et qui était situé le long du petit bras de la Seine à l'emplacement du terre-plein où se dresse aujourd'hui la monumentale statue de Charlemagne. Nous franchirons le pont au Double et tout de suite après, sur la gauche, dans la petite rue de la Bûcherie, nos yeux seront attirés par le bâtiment des anciennes Ecoles où au XVIIe siècle enseignaient les compagnons chirurgiens de l'Hôtel-Dieu et où, au XVIIIe fut construit un amphithéâtre inauguré en 1745 par le célèbre anatomiste Winslow. Retournant sur nos pas, nous traversons le jardin au fond duquel, enfouie dans la verdure, se trouve la vieille et pittoresque église de Saint-Julien-le-Pauvre, chef-d'œuvre de l'art roman et, longeant l'église Saint-Séverin, paroisse des étudiants, puis l'hôtel de Cluny, nous ferons halte rue de l'Ecole-de-Médecine, à ce qui est aujourd'hui l'Ecole des Arts décoratifs, mais qui fut autrefois le Collège Royal de Chirurgie et servit de siège, à partir de 1731, lors de sa fondation, à l'Académie Royale de Chirurgie. L'amphithéâtre, recouvert d'une élégante coupole, elle-même surmontée d'un lanterneau qu'ornait autrefois la couronne royale, avait été commencé en 1691 et terminé en 1694. Arrivés enfin devant la Faculté de Médecine, nous serons frappés de voir au-dessus de la porte d'entrée entourée d'un péristyle d'ordre ionique, un bas-relief dû au sculpteur Berruer. Il représentait autrefois Louis XV (transformé maintenant en Charité) accompagné de Minerve et de la Générosité, accordant des grâces à la Chirurgie qui est entourée elle-même de la Prudence et de la Vigilance. Le génie des Arts présente au Roi le plan des Ecoles. C'est qu'en effet les bâtiments de l'actuelle Faculté de Médecine ne sont autres que le Palais de l'Académie et des Ecoles de Chirurgie que le 7 décembre 1768 le roi Louis XV, pour reconnaître le prestige de l'Académie et les services rendus par les Ecoles, avait décidé de faire construire par son architecte Gondouin sur les terrains de l'ancien collège de Bourgogne qu'il avait acquis en son propre nom. C'est dans l'amphithéâtre même où se déroulent en ce moment les séances du Congrès de Chirurgie que siégeait l'Académie de Chirurgie et que professaient les démonstrateurs royaux de cette Ecole de Chirurgie dont tant de chirurgiens d'aujourd'hui sentent à nouveau la nécessité.

En contemplant avec vous ces fastes du passé, je me prends à songer que la chirurgie, pourtant encore balbutiante, avait connu une splendeur qu'a toujours ignorée la chirurgie moderne, malgré toute l'ampleur de ses services et l'importance de plus en plus grande qu'elle a prise dans la vie de chacun d'entre nous, au point qu'il n'est peut-être pas une seule famille qui ne soit, de nos jours, en mesure de dire ce qu'elle lui doit.

Comme contraste à ce brillant tableau, je ne pouvais m'empêcher de repasser dans ma mémoire toutes les tribulations de la Société de Chirurgie dont nous fêtons aujourd'hui le centenaire. Je la voyais accueillie, lors de sa fondation en 1843, à l'Hôtel de Ville ; obligée de l'abandonner au cours des journées de 1848 durant lesquelles l'Hôtel de Ville fut brûlé, les archives de la Société jetées au vent et totalement détruites, les fonds de la caisse détournés ; recevant alors pour un court moment asile à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine ; partageant ensuite avec la Société philomathique une pièce unique sise rue d'Anjou-Dauphine ; trouvant plus tard un local un peu plus décent dans le vieux palais abbatial de Saint-Germain-des-Prés, rue de l'Abbaye ; s'installant enfin dans le petit hôtel de la rue de Seine, où pour peu d'années encore, nous continuerons à mener une existence précaire, dans les locaux trop petits pour contenir tous nos membres et le nombreux public qui se presse à chacune de nos séances, trop exigus surtout pour abriter notre bibliothèque qui pourrait être, si nous le pouvions, une des plus importantes bibliothèques chirurgicales du monde ; et, pour finir, menacée de reprendre sa course errante, entraînant avec elle les nombreuses Sociétés savantes qu'elle héberge sous son toit. Se peut-il qu'après avoir connu dans les siècles passés une gloire si authentique et partout encore si visible, la chirurgie, quand elle semble ne plus connaître la limite de ses possibilités, soit ramenée à un état matériel si peu en rapport avec la place éminente qu'elle a su conquérir ?

Fort opportunément un rêve m'est venu pour dissiper ce cauchemar. Il est bien permis de rêver et peut-être — quand on est un chirurgien français — de rêver de grandeur.

J'ai donc rêvé que la Société de Chirurgie, aujourd'hui plus que centenaire et même, si on la considère comme la descendante de l'Académie Royale de Chirurgie, plus que bi-centenaire, trouverait un jour, dans ce Paris où elle est née, où elle a grandi et qu'elle s'est efforcée de toujours servir de son mieux, un asile digne d'elle, de ses longues traditions, de l'estime que lui témoi-

gne tous nos amis de l'étranger et dont ils nous donnent aujourd'hui une nouvelle et bien touchante preuve, un cadre où nous pourrions les recevoir avec la même cordiale et large hospitalité qu'ils nous offrent chez eux ; une Maison de la Chirurgie, en un mot, qui serait le pendant des Ecoles et de l'Académie de Chirurgie que nous ont laissées le XVIIe et le XVIIIe siècle et dont les nobles silhouettes sont encore parmi les parures de notre éternel Paris. Pour la gloire de la Chirurgie, pour l'honneur de la Ville de Paris comme pour celui de la France, laissez-moi formuler le vœu qu'un jour très prochain mon rêve puisse devenir une réalité.

ANALYSES

Traitement chirurgical de l'arthrite sèche de la hanche, par L. Tavernier et Ch. Gordinot, suivi de travaux de la clinique orthopédique de la Faculté de Lyon, un vol., 360 pages, 96 fig. Masson, éditeur.

La première partie est consacrée à l'*Etude du traitement chirurgical de l'arthrite sèche* et résume l'expérience du professeur Tavernier pendant vingt-cinq années et l'étude de 108 malades opérés.

Après un rapide historique et exposé des lésions anatomiques et leur aspect radiologique, les auteurs étudient les différentes méthodes employées.

L'ostéotomie sous-trochantérienne, à butée modifiant l'appui de la hanche soulage certains malades, mais les résultats sont inconstants (tendance à la récidive, apparition d'arthrite sèche à la niarthrose créée par l'ostéotomie).

L'arthrodèse de la hanche est le procédé radical de suppression de la douleur impraticable dans les arthropathies bilatérales, c'est une « méthode héroïque » « la plus fidèle dans le traitement de la coxarthrie » unilatérale.

La résection arthroplastique avec ou sans interposition de corps divers (dé métallique coiffant le col) est réservée au cas d'arthrite bilatérale chez les sujets jeunes.

Les butées ostéoplastiques indiquées dans les subluxations congénitales donnent d'excellents résultats avant la constitution de l'arthrite déformante, lorsque celle-ci est constituée leur emploi se justifie comme complément d'une résection arthroplastique.

Les opérations palliatives qui ont été employées sont d'une valeur très inégale.

Le forage du col, intervention facile, bénigne, donne à peine 20 % de bons résultats éloignés.

La *section du nerf obturateur* a été imaginée par le Suédois Camitz pour corriger l'attitude vicieuse due à la contraction des adducteurs. A l'usage, il s'aperçut qu'elle amenait une sédation des douleurs. En chirurgie vétérinaire, la section des nerfs sensitifs du sabot améliore la boiterie du cheval.

Depuis 1934, le professeur Tavernier l'utilise. On peut contre la douleur ne sectionner que les rameaux articulaires du nerf. La section complète de ses deux branches profonde et superficielle peut être indiquée pour combattre l'attitude vicieuse en adduction. Si dans certains cas la suppression de la douleur est complète et durable, dans d'autres elle persiste ou réapparaît surtout dans la partie postérieure de la hanche. C'est pourquoi le professeur Tavernier préconise l'*énervation de la hanche* comportant outre la section des filets articulaires de l'obturateur, ceux du carré crural innervant la partie postérieure de l'articulation. Dans ces cas les résultats sont meilleurs.

La *cheiloplastie*, résection des ostéophytes, soulage certains malades.

En résumé les indications opératoires se présentent ainsi : le forage trop infidèle doit être abandonné. L'ostéotomie sous-trochantérienne et les butées doivent être réservées aux subluxations congénitales. L'énervation est l'opération de base dans toutes les autres coxarthries. L'arthrodèse est le recours héroïque des cas cas invétérés unilatéraux. L'arthroplastie est l'opération de nécesinvétérés unilatéraux. L'arthroplastie est l'opération de nécesrobustes et encore jeunes.

Dans une *deuxième partie* l'auteur étudie l'application de l'*énervation sensitive profonde aux autres articulations que la hanche.*

Erigeant l'énervation sensitive profonde en méthode générale (voir un article du professeur Tavernier dans la *Gazette des Hôpitaux* du 15 avril 1946), on trouvera exposées ses applications aux arthrites sèches du genou, de l'épaule, aux articulations du tarse postérieur, à l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, à l'articulation radio-cubitale inférieure dans les cas douloureux après fracture de l'extrémité inférieure du radius.

La *troisième partie* reproduit les travaux de la clinique orthopédique publiés dans ces dernières années.

On y retrouve avec fruit des études sur l'opération de Hibbs dans le traitement des scolioses, sur les lombalgies, lombo-sciatiques et hernies dixales ; sur les arthrites sacro-iliaques non tuberculeuses et leur traitement, sur l'arthrodèse trans-iliaque, sur la résection arthrodèse dans la sacro-coxalgie, sur les résultats de l'arthrodèse dans la coxalgie en évolution, sur l'évolution à longue échéance de l'ostéochondrite de la hanche, sur le traitement de la coxa-vara des adolescents par le vissage, sur la protrusion acétabulaire, ses formes anatomiques et leur pathogénie, sur la technique à la cure opératoire des raideurs incoercibles du genou après les fractures du fémur traitées par traction par broche de Kirchner, sur le traitement des fractures de la rotule par l'ablation systématique de l'un des fragments, sur l'épiphyste métatarsienne et sur son évolution à longue distance, sur le traitement des ostéo-sarcomes des membres, sur le traitement des tumeurs à myoloplaxes et spécialement leur traitement par les Rayons X à doses faibles, sur le plasmocytome solitaire des os. On voit quelle mine de renseignements, d'éléments de travail constitue pour le chirurgien osseux et l'orthopédiste la réunion dans ce volume de douze années de recherches du professeur Tavernier et de ses élèves. Il figurera en bonne place dans leur bibliothèque et sera souvent consulté. M. L.

Sur les séquelles des fractures de l'extrémité inférieure du radius et leur traitement. — M. Van der Ghinst. *Bruxelles-Médical*, n° 14, 9 juin 1946, pp. 603-613, 4 fig.

S'appuyant sur 4 observations du service du professeur Danis, l'auteur montre que certaines de ces fractures, même correctement traitées, entraînent une invalidité prolongée. Les séquelles observées sont de trois ordres : 1° une impotence fonctionnelle par raideur, mais surtout diminution de la force; 2° des troubles sympathiques : refroidissement, cyanose, aspect vernissé de la peau des doigts, troubles trophiques des ongles, poils, sudation ; 3° des paresthésies dans le territoire du médian.

Ces phénomènes résultent d'un spasme artériel permanent, hypertonie sympathique déclenchée par le traumatisme. L'anesthésie du ganglion stellaire répétée deux fois par semaine, en y joignant l'infiltration locale des points douloureux, constitue la thérapeutique efficace et rapide de ces états. M. L.

Raymond Lulle et le Remède universel. — Dr A. Acker. Paris, *Maurice Lavergne*, 1946.

Cette étude historique déborde aussi largement le cadre habituel que Raymond Lulle lui-même a débordé celui de l'humanité courante. Homme de cour, puis de guerre, grand voyageur puis savant de laboratoire comme on l'était de son temps, alchimiste, médecin, religieux enfin à qui, après tant d'activités diverses, l'Eglise a donné place sur ses autels. Omniscient et polygraphe, émule et précurseur de ceux de la Renaissance.

C'est le médecin, jusqu'ici peu connu, qu'on nous présente aujourd'hui, nous ouvrant en même temps quelques aperçus sur la médecine, très oubliée, du XIIIe siècle. On y voit à quel point s'est transformé l'esprit scientifique. La scholastique de classification et l'explication par des combinaisons de facteurs premiers ne nous satisfont plus et ne nous apportent ni preuve ni espoir de preuve.

Cette obscurité n'est pas moins intéressante à explorer, traversée qu'elle est parfois de lueurs où nous retrouvons des préoccupations qui sont nôtres ou l'ébauche de certaines de nos solutions.

C'est un exposé curieux. L'auteur a eu le mérite de l'écrire en des temps où pour certains — ses dédicaces l'attestent — il fut méritoire de conserver quelque liberté d'esprit, ne fût-ce que comme moyen d'évasion. R. L.

CHRONIQUE

La remise d'une épée d'honneur au professeur Leriche

Le 10 octobre, sur l'initiative de M. Mallet-Guy, un groupe compact d'élèves et d'amis a offert une épée d'honneur à M. René Leriche, à l'occasion de son élection à l'Académie des sciences.

Dans le cadre sévère du Collège de France où Leriche occupe la chaire de Claude Bernard, cette remise d'épée a été l'occasion d'une manifestation de sympathie très émouvante.

M. le recteur Roussy présidait, assisté de M. Faral, administrateur du Collège de France et M. le professeur Léon Bérard qui fut, à Lyon, un des maîtres de Leriche.

Dans l'assistance, au premier rang, se trouvaient le professeur et Mme Leriche, M. le duc de Broglie, M. le professeur Hyacinthe Vincent, M. le professeur Danis (de Bruxelles), Mme Roussy. Il est impossible de citer toutes les personnalités éminentes qui étaient venues apporter le tribut de leur admiration au maître.

Bornons-nous à indiquer que l'Académie des Sciences était représentée par son président, M. Cartan ; l'Académie de médecine par M. le président Rouvillois ; l'Académie de chirurgie par son président, M. le professeur A. Basset et par son secrétaire général, M. Louis Bazy ; la Faculté de médecine par M. le doyen Léon Binet ; la Société de chirurgie de Lyon par M. le professeur Paul Bonnet ; le Congrès français de chirurgie par son président, M. Jacques de Fourmestraux, accompagné de la plupart des membres étrangers et français du Congrès.

M. le professeur Santy (de Lyon) prend le premier la parole et retrace l'éblouissante carrière scientifique et chirurgicale de Leriche, à Lyon, à Strasbourg, à Lyon encore, puis enfin à Paris. Il rappelle la continuité des admirables travaux qui devaient le conduire au Collège de France et à l'Institut.

M. le professeur Bérard fut, comme Antonin Poncet, comme Jaboulay, le maître de Leriche, il évoque des souvenirs de cette époque.

M. le professeur Basset, au nom de l'Académie de chirurgie, apporte à Leriche l'hommage d'affection et d'estime de ses collègues.

La Société de chirurgie de Lyon est représentée par notre ami le professeur Paul Bonnet, qui rappelle la création du « Lyon Chirurgical » par Leriche et le regretté Cavaillon. Il apporte à son collègue l'hommage très affectueux des chirurgiens de Lyon.

M. le recteur Roussy se lève à son tour. Dans un discours de haute tenue, il parle des beaux travaux de chirurgie expérimentale de celui que l'on a nommé, à juste titre, le chirurgien de la douleur. M. Roussy rappelle les recherches de Leriche sur le sympathique, les ganglions, sur la chirurgie des artères. Il montre la haute portée de toutes ces recherches. Venu de Lyon « ville réaliste et idéaliste », Leriche était bien préparé à cet enseignement du Collège de France où il complète ses travaux en nous enseignant maintenant une véritable philosophie chirurgicale.

M. Leriche reçut alors des mains du recteur Roussy la belle épée, précieux joyau, qui lui était offerte, et il parla...

Dominant son émotion, il repoussa les papiers qui étaient devant lui et il donna un libre cours à sa pensée.

« Si jamais, dit-il, une épée napoléonienne a été remise à un homme pacifique, c'est bien celle-ci... » et, s'abandonnant à ses souvenirs, il avoue qu'à l'âge de 17 ans, il voulait entrer à Saint-Cyr pour devenir un colonial aventureux. Mais son peu d'attrait pour les mathématiques (et ici Leriche s'excuse de cette faiblesse auprès de ses collègues de l'Académie des sciences), son peu d'attrait pour les mathématiques, dit-il, l'en détourna. Il se sentit attiré davantage par les sciences naturelles et, deux parents chirurgiens l'y aidant, il décida de faire sa médecine. Un de ses oncles, disciple de Gal, avait d'ailleurs découvert sur Leriche la « bosse de la chirurgie » ! Il commence donc ses études à Lyon. Suivant la prédiction de son oncle le phrénologiste, il devient chirurgien.

Leriche parle alors avec émotion de ses maîtres disparus : Antonin Poncet, dont le souvenir plane sur cette réunion ; Jaboulay... Il remercie M. Léon Bérard de l'assister aujourd'hui. Il rappelle encore le souvenir de son regretté collègue Cavaillon, et il dit son bonheur d'avoir trouvé en Mme Leriche la plus précieuse et la plus avertie des collaboratrices.

En jetant un coup d'œil rétrospectif sur sa vie scientifique, Leriche s'explique sur « le désordre apparent de sa carrière ». « Ma vie, dit-il, a comporté trois étapes. La première, celle de l'artisanat, qui m'a permis plus tard d'éviter ces inquiétudes qui assaillent toujours le chirurgien après une intervention et le paralysent quelque peu. » Une deuxième étape fut celle de la recherche physio-pathologique qui le prépara à la troisième étape, celle du Collège de France, où l'on peut faire le point de sa vie et travailler dans la sérénité.

En faisant « le point de sa vie », Leriche avait le droit de regarder avec satisfaction le chemin parcouru, il pouvait se dire que ses parents auraient été heureux de sa belle carrière, que son maître le cher, le grand Antonin Poncet, aurait été fier de celui qu'il appelait son fils spirituel et dont les travaux ont ajouté certes au grand renom de la chirurgie lyonnaise mais aussi à celui de la science française.

F. L. S.

La clôture du XLIXe Congrès français de chirurgie

L'Assemblée générale, réunie le 10 octobre, a décidé que le prochain Congrès, qui sera le cinquantième, aura lieu à Paris, du 6 au 11 octobre 1947.

Le Congrès sera présidé par M. A. Baumgartner (Paris) ; le vice-président sera M. Jean Fiolle (Marseille).

Les questions mises à l'ordre du jour pour 1947 sont les suivantes :

Traitement du cancer de l'œsophage médiastinal. — Rapporteurs : MM. Santy (Lyon), Alain Mouchet (Paris).

Les moignons douloureux des membres. — Rapporteurs : MM. Padovani (Paris) ; Mansuy (Lyon).

Les dystonies biliaires. — Rapporteurs : MM. Poilleux (Paris) ; Guillet (Lyon).

Pour le Congrès de 1948, les questions seront :

Le traitement des cancers du sein. — Rapporteurs : MM. Ducuing (Toulouse) ; Tailhefer et Baclesse (Paris).

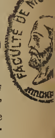
Prévention et traitement de la maladie post-opératoire. — Rapporteurs : MM. Jean Gosset (Paris) ; Larget et Lamare (Saint-Germain).

Hypertension artérielle. — Rapporteurs : MM. Sylvain Blondin (Paris) ; Weiss (Strasbourg).

La Journée de Chartres

La dernière séance du Congrès a été tenue à Chartres, où le président de Fourmestraux a eu l'heureuse idée d'inviter ses collègues. La visite de la ville et de la cathédrale a permis aux congressistes étrangers de connaître mieux une des beautés de la France.

Un déjeuner de 150 couverts à l'Hôtel du Grand Monarque a fourni à M. et Mme de Fourmestraux l'occasion de démontrer que, malgré les restrictions, la bonne cuisine française demeure digne de sa réputation. Au dessert, des toasts chaleureux furent portés par nos confrères des différents pays en l'honneur du Congrès de Chirurgie et de son Président.



NECROLOGIE

René Beckers

C'est avec une peine profonde que nous avons appris le décès, à l'âge de 59 ans, du Dr René Beckers, de Bruxelles.

Beckers était l'administrateur de notre grand confrère belge **Bruxelles Médical.** Avec ses collègues Léopold Mayer et R. Bernard, il avait créé ces « Journées médicales belges » qui devaient bientôt avoir une réputation mondiale. Pendant plus de vingt ans, cette année encore, il a assumé, sans se ménager, les fonctions accablantes de secrétaire général des « Journées ». Il fut véritablement l'âme de ces belles réunions. Ses heureuses initiatives, l'entrain et la bonne humeur qu'il apportait dans leur réalisation entraînait le succès. Ce succès a été prodigieux et durable.

René Beckers jouissait d'une estime générale dans les milieux scientifiques belges, aussi a-t-il toujours trouvé auprès de ses confrères et des pouvoirs publics, et aussi auprès de ses augustes souverains, des encouragements à son œuvre qui s'avérait d'un intérêt national.

L'aménité de notre bien regretté confrère, sa courtoisie, sa loyauté, lui avaient attiré à l'étranger des amitiés solides, mais nulle part il ne comptait plus d'amis que dans notre pays, qu'il aimait à l'égal du sien.

Le deuil qui frappe **Bruxelles Médical** est fraternellement partagé par la presse médicale française, notre pensée va surtout et bien tristement vers Mme René Beckers, si cruellement frappée. Qu'elle veuille bien trouver ici l'hommage respectueux de notre très affectueuse sympathie.

F. L. S.

INFORMATIONS

(Fin)

MARINE

Ecole principale du service de santé de la marine

Ont été nommés élèves du service de santé de la marine :

A. Ligne médicale. — Candidats à quatre inscriptions : MM. Kernmare, Lamy, Le Hur, Le Rest, Andanson, Simon, Bois, Joly, Delaubier, Medail.

Cudennec, Rougerie, Beauchamp, Pierron, Salaun, Nicolas, Daure, Robert, Vignot, Barbe.

Dupain, Dugourc, Granjon, Milhade, Oddou, Burland, Aubert, Savy, Moulin, Barbe.

Rault, Saint-Amans, Ségur, Raba, Gouaze, Lavandier, Galban, Orsini, Rigal, Palouzier.

Reydy, Joigny, Michaud, Signoret, Lagneau, Darleguy, Vialle, Larcade, Huet, Carles.

Gestat, Riou, Cordier, Desnues, Seris, Touchiez, Le Corroller, Raffejeaud, Audoin, Duigou.

Lagane, Chauvet, Mazères, Pehore, Ambart, Campenon, Ridoux, Poulain, Nandillon, Pineau.

Pallier, Combes, Bourleaud, Estienne, Onde, Dezoteux, Lorge, Guastavino, Deramond, Revel.

Candidats à huit inscriptions : MM. Guillaume, Veyret, Iehle, Colin, Vincent, Sauvet (Pierre), Sauvet (Gabriel), Récamier, Hervé, Duron, Escudié, Duffaut, de Cambiaire, Palanque.

Candidats à douze inscriptions : MM. Dupont, Castorène, Caubet, Guéguen, Mouyade, Tachoires.

Candidats à seize inscriptions : MM. Ghataigneau, Giudicelli, L'Amezec, Le Roy.

B. Ligne pharmaceutique. — Candidats stagiaires : MM. Aumonier, Guillerme, Paoletti, Mallegol, Bederede, Boob, Sayesse, Lambourg (René), Lambourg (Joseph), Chesne, Durieux, Gillardeau, Cheval, Josselin.

Candidat à quatre inscriptions : M. Moisan.

EDUCATION NATIONALE

Diplôme d'Etat. — Le J. O. du 12 octobre 1946 publie la loi n° 46-2193 du 11 octobre permettant l'accession aux diplômes d'Etat de docteur en médecine, de chirurgien dentiste et de pharmacien des titulaires de diplômes délivrés par les universités étrangères, ayant rendu des services effectifs à la France dans l'armée et dans la résistance.

TRAVAIL

Services médicaux. — Le J. O. du 12 octobre publie la loi n° 46-2195 du 11 octobre relative à l'organisation des services médicaux du travail.

Comité du bal de l'Internat. — Renouant une tradition interrompue depuis huit ans, le corps de l'Internat organise son bal qui aura lieu le 30 octobre 1946 à la salle Wagram.

Le Comité espère que les « fossiles » viendront, à l'occasion de cette reprise, revivre un peu de leur internat.

Une loge leur sera réservée ; ils y retrouveront nombre d'anciens collègues.

Pour les cartes et la participation, écrivez au trésorier, M. Mouret, hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, Paris (14e).

Compte bancaire : M. Mouret, Bal de l'Internat, n° 25289. Société Parisienne de Banque, 48, rue des Petits-Champs, Paris (2e).

LIVRES NOUVEAUX

Les Névropathies gravidiques, par H. Pigeaud, professeur agrégé, accoucheur des hôpitaux de Lyon et H. Dumont, interne des hôpitaux de Lyon. Un volume de 142 pages. Masson et Cie, éditeurs, Paris.

Une des acquisitions les plus intéressantes de la physio-pathologie est d'avoir, au cours des cinquante dernières années, montré que de nombreux symptômes morbides observés au cours du dernier trimestre de la gestation doivent, en réalité, être rapportés à une même affection pathologique dépendant de l'évolution des éléments biologiques de la puerpéralité et absolument spéciale à l'état de gestation.

Les auteurs publient dans ce livre le résultat des recherches poursuivies sur ce sujet depuis quinze ans à la clinique obstétricale de Lyon où ils ont pu réunir un nombre important d'observations complètes.

C'est ainsi qu'au fur et à mesure qu'ils ont mieux connu cette maladie si curieuse de la gestation, ils ont constaté le peu d'importance réelle des lésions rénales et, en contrepartie, la valeur de plus en plus grande qu'il convenait d'accorder aux facteurs vasculaires, neurovégétatifs et humoraux. Cette maladie des derniers mois de la gestation traduit donc bien un déséquilibre gravidique complexe dont l'origine échappe souvent, dont la nature pourra sans doute être nettement définie dans chaque cas lorsqu'il sera devenu possible d'analyser avec précision les modifications hormonales déterminées chez les femmes par la greffe de l'œuf, ainsi que leur évolution physiologique ou pathologique au cours de la puerpéralité.

Cette étude résultant de la confrontation des documents des auteurs avec les observations de même sorte publiés en France et à l'étranger, constitue une mise au point très complète de ce chapitre essentiel de la pathologie de la grossesse.

Hygiène dans les industries textiles, par le Dr Pierre Theil et le Dr Macé de Lépinay. Une brochure in-8° de 130 pages, illustrée de nombreuses figures. Comité français d'études « Prévention et Sécurité », 23, rue de la Pépinière, Paris (8e).

La pratique du Pneumothorax thérapeutique, par F. Dumarest, H. Mollard, P. Lefèvre et J. Germain. Préface du professeur F. Bezançon. Cinquième édition entièrement revue. Un volume de 416 pages avec 19 figures. Masson et Cie, éditeurs.

Les éditions de cet ouvrage marquent les étapes successives des progrès accomplis au cours des vingt-cinq dernières années, non seulement dans la technique et les résultats de la collapsothérapie, mais encore dans l'interprétation du mécanisme de son action. A la notion de compression du poumon, inutile et dangereuse, puis à celle de son immobilisation, irréalisable, s'est bientôt substituée celle de la détente qui l'oppose au traumatisme respiratoire et détermine un collapsus partiel des lésions favorable à leur guérison.

Mais tandis qu'hier la primauté était attribuée aux phénomènes mécaniques que les travaux de Parodi ont mis en valeur, il semble aujourd'hui que l'efficacité de la détente pulmonaire soit conditionnée par des phénomènes biologiques et essentiellement par l'action du système neuro-végétatif, agent régulateur de la vascularisation et de la nutrition du poumon. L'action mécanique garde son importance, mais elle n'est efficiente que grâce au déséquilibre neuro-végétatif qu'elle détermine, notion nouvellement acquise grâce aux travaux des expérimentateurs et des cliniciens.

Le développement de ces considérations doctrinales n'enlève point à l'ouvrage son caractère pratique. Avec ses collaborateurs, l'auteur poursuit son but qui est de résoudre toutes les difficultés que peut rencontrer le phtisiologue au cours de l'application de la collapsothérapie.

Au cours des dernières années la collapsothérapie s'est enrichie d'acquisitions nouvelles auxquelles a été donnée, dans cette nouvelle édition, la place qu'elles méritent. La technique du pneumothorax, la conduite de la cure, ses complications, ses résultats, ses indications et ses contre-indications, la pleuroscopie et la libération des adhérences sont l'objet d'une mise au point qui tient compte des plus récents progrès. Des chapitres nouveaux concernant certaines méthodes complémentaires ou substitutives de la collapsothérapie, en particulier le pneumothorax extra-pleural dont l'intérêt paraît s'accroître sous l'influence des récents progrès de sa technique, du pneumo-péritoine, destiné surtout à renforcer l'action de la phrénicectomie et du drainage endocavitaire avec aspiration, méthode d'association à la thoracoplastie, soit pour la préparer, soit pour la compléter.

Des Fissures du déterminisme à l'émergence des finalités, par Ernest Huant, médecin radiologiste des hôpitaux, licencié ès sciences. Un volume in-6 raisin de 192 pages, 1946, 120 francs, Vigot Frères, éditeurs, 23, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris (6e).


DANS tous LES CAS
DE SOUS-ALIMENTATION
La Farine diastasée SALVY est l'aliment toujours, digéré, toujours assimilé, facilitant dans tous les cas l'alimentation du nourrisson.
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MEMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIETETIQUE INFANTILES.
Farine DIASTASÉE
SALVY
ALIMENTATION DU NOURRISSON
Préparée par BANANIA

Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 22. — SAMEDI 26 OCTOBRE 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr.; Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours d'assistants d'électro-radiologie

Jury. — MM. les docteurs Gally, Coliez, Peuteuil, Thoyer-Rozat, Lehmann, Truchot, Surmont, E. R. ; Rouquès, médecin ; Chevrier, chirurgien.

Concours spécial d'attachés d'électro-radiologie

Epreuve de radiodiagnostic

MM. les docteurs : Markowitz, 10 ; Landau, 10 ; Miller, 10 ; Arvay, 14 ; Vitenson, 12 ; Antoine, 10 ; Giraud, 17 ; Nicolau, 16 ; Lehmann, 15 ; Hanoune, 18 ; Sayac, 10.

Concours pour une place de stomatologiste des hôpitaux : 1946

Jury. — MM. les docteurs : Hénault, Lattès, Crocquefer, Raison, Lebourg, Vraise, Thibault, stomatologistes ; Péron, médecin ; Seillé, chirurgien.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Comité consultatif des universités. — M. le professeur Léon Binet, doyen de la Faculté des médecins de Paris, est nommé membre du bureau du Comité consultatif des universités pour la division de la médecine, en remplacement de M. Baudouin, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Intérim. — Le Conseil de la Faculté a désigné, pour assurer l'intérim des chaires vacantes, MM. les professeurs agrégés : Olivier (anatomie) ; Piedelièvre (médecine légale) ; de Gennes (pathologie et thérapeutique générales) ; Lemaire (pathologie expérimentale) ; Mollaret (clinique des maladies infectieuses).

Chargés de cours. — Ont été chargés de cours de clinique annexe à titre permanent, à compter du 1er octobre 1946 : Clinique médicale, MM. Turpin, Boulin, Haguenau, Mouquin, Bariéty, Coste. — Clinique chirurgicale, MM. Ameline, Funck-Brentano, Ménégaux. — Clinique ophtalmologique, M. Renard. — Clinique obstétricale, M. Lacomme.

Le Dr André Cournand, professeur associé à l'université de Columbia, à New-York, ancien interne des hôpitaux de Paris, fera le samedi 26 octobre, à 14 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté, un exposé de travaux personnels sur la respiration et la circulation.

ECOLES DE MEDECINE

Poitiers. — M. Roblin, professeur, est admis à faire valoir ses droits à la retraite.

LEGION D'HONNEUR

MARINE

COMMANDEUR. — M. le médecin général de 2e classe Maudet ; M. le médecin en chef de 1re classe Varache.

OFFICIER. — MM. les médecins en chef de 2e classe Menjaud, Touchais, Belle, Pirot, Bousselet.

CHEVALIER. — MM. les médecins principaux Lafferre, Le Merdy, La Folie, Rigaud, Badelon, Larraud.

INTERIEUR

Récompenses pour actes de courage et de dévouement (Défense passive)

MÉDAILLE D'ARGENT DE 1re CLASSE : M. le Dr Poullain, à Ouistreham.

MÉDAILLE D'ARGENT DE 2e CLASSE : MM. les Drs Berthon, Colombe, à Lisieux ; Lenoir, à Colombelles ; Moles, à Cabourg ; Quemeneur, à Lisieux.

MÉDAILLE DE BRONZE : MM. les Drs Daverne, à Caen ; Desoubeaux, à Ouistreham ; Le Masson-d'Authume, à Caen ; Mme la doctoresse Solente, à Caen ; MM. les Drs Viel, à Lisieux ; Colombe, Henry, à Rouen ; Dujardin, à Cabourg.

Médaille de la Résistance avec rosette (INTÉRIEUR). — Dr Sicard ; Dr Valois (à titre posthume) ; Dr Pol-Quentin.

Médaille de la Résistance (INTÉRIEUR). — Dr Marcel Rouzaud ; Dr Ségelle ; Dr Prialnic, dit Norbert ; Dr Henri Gimbert.

Médaille de la Résistance avec rosette (ARMÉES). — Méd. cap. André Augey ; méd. lieut. Paul Lagey ; Mme le Dr Favier-Camredon ; méd. général de la marine Charles-Hederer.

Médaille de la Résistance (ARMÉES). — Méd. cap. Brémond (L. G. M.) ; méd. lieut.-col. Fabry ; méd. lieut. Jean Penez et Charles Penez ; méd. aux. Julien Jardin ; Dr Henry Smadja ; méd. comm. Paul Chappoux ; méd. lieut. Salomon Naphtali Albert ; méd. cap. Martin (R. J. S.) (à titre posthume) ; Clauduis, François Billard, (à titre posthume) ; méd. lieut.-col. Merle d'Aubigné ; méd. cap. Henri Lopatin ; Dr Maurice Mayer ; professeur Henri Desoille ; méd. comm. Auguste Bichler ; Dr Georges Schmitt ; méd. cap. Maurice Godart ; Dr Henri Uzan ; méd. cap. P. J. Bailly ; méd. lieut. Georges Lachèze ; méd. comm. Henri Arbassier ; pharm. lieut. Maurice Muselier ; méd. cap. Georges Cardaire ; lieut. méd. Bridot (à titre posthume).

FRANCE D'OUTREMER

Mission en France. — M. Henri Galliard, directeur de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Indochine, est placé dans la position de mission en France, pour trois mois, en vue d'étudier le fonctionnement de la Faculté de médecine de Paris.

SANTÉ PUBLIQUE

Conseil supérieur d'hygiène publique de France

Un décret du 11 octobre (J. O., 15 octobre 1946), modifie la composition du Conseil, qui comprend désormais des membres de droit, comme précédemment, et, de plus :

« Le professeur de clinique des maladies contagieuses de la Faculté de médecine de Paris ;

« Le professeur de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris ;

« Les professeurs d'hygiène et d'épidé-

miologie de l'école d'application des services de Santé militaire et de la Marine ; « Le professeur d'épidémiologie de la Faculté de médecine d'Alger. »

Sages-femmes. — Le J. O. du 18 octobre a publié un décret relatif au diplôme d'Etat de sage-femme.

Institut du Cancer. — Le J. O. du 18 octobre publie un décret n° 46-2282 du 16 octobre 1946 portant application de l'article 13 de l'ordonnance du 1er octobre 1945 en ce qui concerne d'Institut du Cancer.

Cette ordonnance relative à l'organisation des centres de lutte contre le cancer s'applique au centre anticancéreux de l'Institut du Cancer. Celui-ci doit avoir : 1° Un service médico-technique ; 2° un service médico-légal ; de plus, un service hospitalier et des laboratoires.

Le centre anticancéreux de l'Institut du Cancer est géré par un conseil d'administration de quinze membres, dont l'inspecteur général de la santé, le doyen et un professeur de la Faculté de médecine.

TRAVAIL

Traitements. — Un arrêté du 12 octobre fixe les traitements des médecins et pharmaciens des établissements d'hospitalisation privés.

Un autre arrêté du 12 octobre est relatif au mode de rémunération des médecins du travail.

(J. O., 17 octobre 1946.)

ARMEES

Inspections techniques. — Le J. O. du 16 octobre publie plusieurs décrets en date du 10 octobre, portant création :

1° D'une inspection technique des services pharmaceutiques de l'armée de terre ;

2° D'une inspection technique des services chirurgicaux de l'armée de terre ;

3° D'une inspection technique des services médicaux et médico-sociaux de l'armée de terre ;

4° D'une inspection technique du matériel et des établissements du service de Santé de l'armée de terre.

Service de Santé militaire. — Troupes métropolitaines. — Sont promus au grade de médecin colonel : MM. Desormaux et Michel.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Vandier, Accoyer, Bernard, Baur, Chabasse.

Au grade de médecin commandant : MM. Montagne, Lafforgue, Carolus, Duran, Perolini, Jauze-Fredou, Coquin, Grégoire, Mirebeau, Faugère.

Au grade de médecin capitaine : MM. Peretti, Lutgen, Vaylet, Receveur, Leguay, Broutin, Cheirezy, Gillet, Montillier, Motillon, Papet, Thirion, Martin, Roy, Arragain, Labansat, Gayraud, Bloch, Moulinard, Strich, Gontier.

Troupes coloniales. — Sont promus au grade de médecin colonel : MM. Blanc, Saleun, Bigot, Mondaus.

Au grade de médecin lieutenant-colonel : MM. Grimbard, Perramond, Bergeret, Beautet.

Au grade de médecin commandant : MM. Siguard, Rioux, Tessier, Lutz, Chomet, Faguet, Henry, Misthot, Guiguen, Charmot.

Au grade de médecin capitaine : MM. Raoul, Cazenave, Kerbastand, Doucet, Ramanantsoa, Barthes, Catala, Cassou, Rouayrenc, Genet, Vuillet, Dufour, Labbé, Lacouture-Dugne, Klefsstad-Sillonville, Palanque, Blache, Varon, Schmuck, Rosah, Le Gall.

COURS

Association d'Enseignement Médical des hôpitaux de Paris
Conférences du dimanche

L'Association d'enseignement médical des hôpitaux de Paris a organisé, pendant l'année scolaire 1946-1947, une série de conférences hebdomadaires. Elles ont lieu tous les dimanches (sauf pendant les vacances et les jours fériés), à 10 heures, à l'Amphithéâtre de la clinique chirurgicale infantile, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres.

Ces conférences sont publiques et gratuites.

Programme pour le premier trimestre 1946-1947

20 octobre. — Dr Albeaux-Fernet : Les obésités endocriniennes féminines ; 27 octobre. — Dr Roger Even : Les obstructions bronchiques non tumorales ; 10 novembre. — Dr Léon Michaux : L'évolution de la conception de perversions instinctives ; 17 novembre. — Dr E. Azerad : Les problèmes de l'hyperthyroïdie (clinique, thérapeutique, pathogénique) à la lueur des travaux récents ; 24 novembre. — Dr Henri Redon, chirurgien de l'Institut du Cancer : Diagnostic et indications thérapeutiques des cancers du sein ; 1er décembre. — Dr Lucien Mallet, radiologiste des hôpitaux : Les isotopes radio-actifs, leur utilisation médicale ; 8 décembre. — Dr Robert Merle d'Aubigné, chirurgien des hôpitaux : Traitement chirurgical de l'arthrite chronique de la hanche ; 15 décembre. — Dr Lehmann : Données nouvelles sur la radiosensibilité et la radiothérapie des cancers graves.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
(Professeur J. Leveuf)

Hôpital des Enfants-Malades : 149, rue de Sèvres, Paris (15e).

Cours de gymnastique médicale et de rééducation fonctionnelle. — Enseignement préparatoire au diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute (loi du 30 avril 1946), sous la direction du professeur Jacques Leveuf, et de MM. le professeur Sorrel, chirurgien de l'hôpital Trousseau ; Dr Boppe, chirurgien de l'hôpital Bretonneau ; professeur agrégé Fèvre, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis ; Dr P. Petit, chirurgien de l'hôpital Saint-Vincent de Paul ; Dr Duc, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph.

Avec la collaboration de MM. le Dr P. Le Cœur, attaché d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades ; Dr Bernard Duhamel, prosecteur à la Faculté de médecine ; Y. Legrand-Lambling, A. Triboulet-Chassevant, attachées de gymnastique des hôpitaux de Paris ; Fège, chargé du cours de massothérapie.

L'enseignement donné cette année s'adresse :

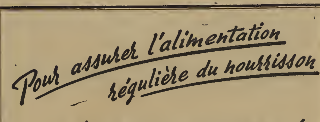
1° Aux élèves de première année de préparation au diplôme d'Etat ;

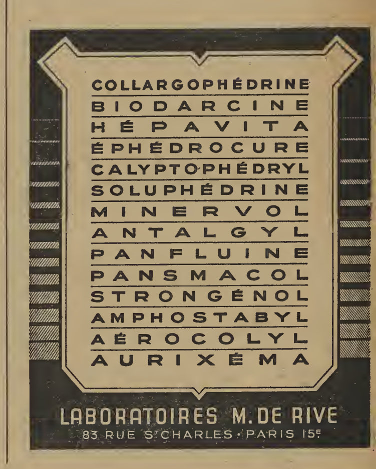
2° Aux élèves qui, en raison des titres antérieurement acquis, bénéficient de dispenses les autorisant à préparer en un an le diplôme d'Etat ;

3° Aux élèves qui ayant déjà le diplôme de masseur-kinésithérapeute et qui voudraient perfectionner leurs connaissances de gymnastique médicale (et recevoir un certificat spécial).


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules
Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau


Pour assurer l'alimentation
régulière du nourrisson


COLLARGOPHÉDRINE
BIODARCINE
HÉPAVITA
ÉPHÉDROCURE
CALYPTOPHÉDRYL
SOLUPHÉDRINE
MINERVOL
ANTALGYL
PANFLUINE
PANSMACOL
STRONGÉNOL
AMPHOSTABYL
AÉROCOLYL
AURIXÉMA
LABORATOIRES M. DE RIVE
83 RUE St CHARLES - PARIS 15e


ARHEMAPECTINE
ANTI - HÉMORRAGIQUE
KIDARGOL
THERAPEUTIQUE RHINO-PHARINGÉE
ARKEBIOS
MEDICATION PHOSPHORIQUE POLYVALENTE
LABORATOIRE R.GALLIER
1b Place du Président Mithouard. Paris (7e)


"DIVINUM EST OPUS SEDARE DOLOREM"
HOMOPAVINE
PLUS ACTIVE QUE LA
MORPHINE
MIEUX TOLÉRÉE QUE L'
OPIUM
pas de constipation
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
AUX
LABORATOIRES DAUSSE, 4 RUE AUBRIOT, PARIS, 4e

REVUE GÉNÉRALE

Le traitement des végétations adénoïdes par sonde radifère

par M. P.-L. Klotz

L'idée de combattre les végétations adénoïdes par les radiations ne date pas d'hier. Heineke, de Leipzig, avait montré, il y a plus de quarante ans, l'extrême sensibilité du tissu lymphoïde à l'égard des radiations : seules, les cellules de la lignée séminale semblent posséder une sensibilité encore plus grande.

Les radiologues ont fait d'intéressantes tentatives, aussi bien en France qu'à l'étranger. En 1927, Blonek, de Prague, publiait des résultats encourageants et voyait dans la radiothérapie une précieuse ressource pour les enfants hémophiles. Trois ans plus tard, son compatriote Benès donnait une statistique de 65 % de guérisons par la radiothérapie, statistique certes un peu sujette à caution, les résultats anatomiques n'ayant pas été contrôlés par l'exploration endoscopique du cavum. Benès donnait d'ailleurs la proportion relativement forte de 12 % d'échecs et concluait avec prudence, considérant la radiothérapie comme une méthode lente, onéreuse, difficile, indiquée seulement chez les hémophiles ou en cas de récidive.

La thèse de Clénet (Paris 1937) constitue le premier travail d'ensemble français sur cette question. En juillet 1938, Robert Clément, Gibert et Clénet présentaient à la Société de Pédiatrie le fruit de leurs observations : depuis onze ans, ces auteurs avaient soumis à la radiothérapie, avec des résultats très encourageants un certain nombre d'enfants qu'ils n'avaient pas voulu faire opérer pour une raison ou une autre : très jeune âge, trouble de la crase sanguine, état d'infection perpétuelle qui faisait reculer indéfiniment le rhinologiste. Ils avaient également fait bénéficier des rayons X des enfants déjà opérés, parfois même opérés deux ou trois fois sans en avoir tiré bénéfice.

Malgré ses effets favorables, la radiothérapie n'a point trouvé beaucoup d'adeptes. Il faut reconnaître ses multiples inconvénients :

1° Difficultés d'une irradiation bien localisée, surtout chez des enfants indociles, n'acceptant pas de rester longtemps immobiles ;

2° Nécessité de doses relativement fortes de rayons X, puisque 50 à 60 % du rayonnement sont absorbés avant d'atteindre le rhino-pharynx : nécessité corrélative de traitements étalés sur une longue durée, par doses fractionnées, en utilisant plusieurs portes d'entrée ;

3° Crainte d'accidents liés à l'irradiation concomitante des parotides, des os de la base du crâne et du massif facial, des organes neuro-sensoriels de voisinage : de fait, il semble que l'on ait quelque peu exagéré ce genre de menace.

Quoi qu'il en soit, c'est une méthode délicate, nécessitant un sérieux apprentissage et à laquelle il serait difficile d'assurer une grande diffusion. D'ailleurs, la plupart des pédiatres sont restés fidèles à l'adénectomie, intervention rapide, bénigne et dont les résultats favorables ne se comptent plus.

L'ablation de végétations présente pourtant des contre-indications et donne souvent lieu à des mécomptes.

a) Les *contre-indications*, telles que l'hémogénie, la pré-tuberculose, l'adénoïdite aiguë invétérée, ne sont pas exceptionnelles. Bien des enfants ne doivent pas être opérés : est-ce une raison pour ne rien faire ou pour se contenter de traitements médicaux plus ou moins aléatoires ?

b) Les *mécomptes*, quoi qu'on en dise, sont beaucoup moins rares qu'on ne le croit. Que d'enfants subissent deux fois, ou même trois fois l'opération, sans bénéfice durable. Ces petits « balafrés du cavum » sont à la fois la terreur du pédiatre et la honte du rhinologiste. Tous ne peuvent assumer les frais de soins prolongés et dispendieux. Tous ne peuvent pas aller à Saint-Honoré ou à la Bourboule. Quant à proposer des réinterventions périodiques, il ne saurait en être question.

Frederick Hill estime que plus de 50 % des petits opérés n'ont pas à se louer des suites de l'intervention. Après une amélioration passagère, la rhinite sévit à nouveau, les crises de bronchite et d'asthme réapparaissent, la déficience auditive persiste et même s'aggrave ; l'hiver suivant, les otites récidivent comme si l'on n'avait rien fait. L'opinion de Hill possède d'autant plus de valeur qu'elle concerne des enfants d'un milieu riche, examinés puis opérés dans les meilleures conditions possibles, par des spécialistes de réputation bien établie.

Sur 750 anciens opérés revus par Crowe en 1940, presque tous avaient été correctement débarrassés de leurs amygdales, mais 75 % d'entre eux possédaient des végétations. Crowe juge que dans le cavum, la récurrence des végétations est un phénomène pour ainsi dire normal. Du reste, Fowler estime qu'un adulte sur trois possède des masses lymphoïdes dans le cavum, assez importantes pour pouvoir l'incommoder un jour ou l'autre.

Le seul symptôme qui guérisse d'une manière à peu près constante par l'opération, c'est l'obstruction nasale. En somme, l'adénectomie lève l'obstacle mécanique, mais ne donne que des résultats bien médiocres au point de vue du facteur infectieux.

Pour comprendre tous les avantages du traitement par radiations, il nous faut insister sur les motifs de cette faillite partielle de la chirurgie.

1° Réputée facile et sans danger, l'adénectomie est souvent bien mal faite. A l'hôpital, on la confie aux débutants : or, le curettage correct d'un rhino-pharynx demande plus de doigté qu'on ne l'imagine par la lecture des livres. En milieu rural, l'opération est couramment entreprise par des médecins non spécialisés. Enfin et surtout, elle constitue bien souvent le dernier temps, hâtif et négligé, d'une amygdalectomie. L'opérateur, même entraîné et consciencieux, apporte tout son soin à enlever correctement les amygdales, il ne lui reste ensuite que bien peu de temps pour s'occuper des végétations, sur un enfant qui saigne et déjà se réveille;

2° Chez beaucoup d'enfants, les végétations ne forment pas une masse compacte, conglomérée, s'offrant toute seule à la curette, mais au contraire une nappe diffuse, peu épaisse, sur le passage de laquelle la curette fait abondamment saigner, mais ne ramène rien. Sur ces tapis de végétations, l'acte chirurgical n'est qu'un leurre ;

3° Enfin et surtout, on sait combien la conformation intérieur du cavum peut varier d'un sujet à l'autre. On n'est jamais certain que la courbure de la curette soit bien adaptée à celle des parois du rhino-pharynx. La multiplicité même des modèles de curettes prouve bien qu'aucun instrument ne donne entière satisfaction. Il existe souvent un recessus, en haut et en arrière, dont la curette n'explore pas le fond. C'est surtout sur les parois latérales, en arrière et autour des orifices des trompes d'Eustache que l'examen des anciens opérés trouve des reliquats adénoïdiens. Quoique modestes, ces rudiments de végétations suffisent à expliquer les récidives. Bien longtemps avant les recherches endoscopiques des Américains, Royet, de Lyon et Maurice Jacod avaient attiré notre attention sur le danger que constituent ces petits amas lymphoïdes péritubaires pour les oreilles.

De nombreux efforts ont été tentés pour améliorer la technique de l'adénectomie : par exemple, Louis Gugenheim, de Los Angeles, a mis au point une métode ingénieuse d' « adénectomie directe ». On a cherché à dilater les orifices des trompes, à les curetter intérieurement. Mais l'emploi de la sonde radifère, auquel nous arrivons enfin, doit permettre d'éviter presque toujours des manœuvres aussi traumatisantes, et dont l'innocuité pour l'audition ultérieure n'est peut-être pas absolue.

Déjà expérimentée avant la guerre par certains auteurs, comme Crowe et Baylor, Burnam, la sonde radifère s'est imposée pendant les hostilités par la simplicité de son maniement et par les résultats excellents qu'elle permet d'obtenir. Elle a été utilisée à très grande échelle comme traitement rationnel de maints accidents auriculaires observés chez les aviateurs.

Nos confrères anglo-saxons se sont livrés à des examens endoscopiques systématiques du cavum, examens visuels, et même photographiques. Ces études leur ont prouvé le rôle essentiel des petites formations lymphoïdes de la paroi latérale du cavum dans la pathogénie des accidents auriculaires. De là à chercher à détruire électivement ces rudiments adénoïdiens par une sonde radifère portée au contact même de la lésion à traiter, il n'y avait qu'un pas. C'est ce que firent Fowler, Crowe, Baker, Proctor, Willard, pour ne citer que les principaux protagonistes de la méthode. Dès maintenant, ces auteurs utilisent la sonde radifère en pratique civile, sur des centaines d'enfants et dans des conditions remarquables d'organisation et de contrôle.

Le matériel nécessaire comporte : 1° un divan, 2° une minuterie précise et fonctionnant bien; 3° un salpingoscope, ingénieux instrument imité du cystoscope, permettant l'étude vraiment complète des parois du cavum ; il en existe d'excellents modèles français ; 4° une sonde radifère.

Au début, Samuel Crowe et Burnam, Fowler employaient une sonde chargée de radon. Par la suite, Farrior et Emerson firent construire une sonde dans laquelle le radon était remplacé par un réservoir renfermant un nombre d'aiguilles de radium variable suivant l'intensité de rayonnement désirée. La sonde de Fisher est conçue, à peu de chose près, comme la sonde standard que les fabricants livrent aujourd'hui en grande série. Elle se compose

d'un cylindre de platine, renfermant la chambre radio-active, soudée à l'extrémité d'un solide fil de cuivre servant de manche semi-rigide. L'ensemble est protégé par une robe de caoutchoue naturel épaisse d'un demi-millimètre. Voici les dimensions du eylindre de platine : longucur 15 millimètres, diamètre 2 millimètres environ, ce qui permet son introduction même dans les nez les plus étroits. La charge est de 50 milligrammes de sels de radium. L'épaisseur de la paroi métallique est de 3 dixièmes de millimètre. On admet que le rayonnement obtenu comporte 30 % de rayons β, qui sont entièrement absorbés par la muqueuse et 70 % de rayons γ, dont seulement 6 % sont absorbés.

Certaines sondes portent sur leur manche un repère de blocage narinaire. On peut jumeler deux sondes, de façon à irradier en même temps les deux moitiés du cavum, ce qui raccourcit de moitié la durée des séanees.

Les sondes radifères sont conservées à l'intérieur de cassettes plombées, faciles à tranporter. Elle baignent dans un tube de verre rempli d'alcool à 95°, ce qui garantit leur stérilité : il ne faut jamais les stériliser par la chaleur.

Il est bon de faire contrôler de temps en temps leurs constantes physiques : rien de plus facile que de les expédier par avion au laboratoire compétent.

La technique est d'une extrême simplicité. L'application de la sonde se fait en position couchée. Un repérage endoscopique préalable permet de savoir exactement à quelle profondeur il faut la placer : le repère de blocage narinaire sera réglé avec soin. Par exemple, si l'on veut agir électivement sur l'orifice tubaire, il faut que la partie moyenne du cylindre radifère, et non son extrémité, lui corresponde exactement.

On commence par une anesthésie légère de la fosse nasale, à la cocaïne ou à la butelline.

L'opérateur saisit alors la sonde par son manche, la sort de sa cassette, la plonge dans une éprouvette d'huile goménolée, puis l'introduit dans le nez. Il suit le plancher de la fosse nasale. La sonde est bloquée à la profondeur voulue.

La durée de la séance varie avec les constantes physiques de la sonde, il faut suivre les direetives données par le constructeur. Pour la sonde que nous avons décrite plus haut, l'irradiation dure 400 secondes, soit 6'40''.

L'opérateur retire prestement la sonde, la rince à l'eau distillée stérile, l'essuie avec soin, sans jamais toucher le cylindre radioactif avec ses doigts et la replonge dans sa cassette.

Les *difficultés* sont exeeptionnelles : une grosse hypertrophie du cornet inférieur, une déviation accentuée de cloison peuvent gêner le passage de la sonde. Il faut faire une bonne anesthésie et user de douceur.

La seule vraie difficulté consiste à obtenir l'immobilité d'un enfant craintif ou turbulent. L'expérience des pédiatres d'outre-Atlantique nous apprend que cela est parfaitement possible. Dans des cas exceptionnels, Crowe et Baylor estiment que l'importance du résultat recherché justifie l'anesthésie générale. Une telle opinion peut nous choquer, mais lorsqu'il s'agit d'enrayer chez un enfant une surdité débutante, la fin ne justifie-t-elle pas les moyens ?

Dans les jours qui suivent, il y a toujours une réaetion locale, très variable d'un malade à l'autre et que l'on traite par les antiseptiques et vaso-constricteurs habituels.

L'expérience a montré qu'on a intérêt à espacer les séances de trois semaines environ.

Les *résultats* doivent être contrôlés par l'endoscopie, avec la plus grande rigueur. On a vu beaucoup de malades guérir après une seule séance d'irradiation. Généralement, il faut trois ou quatre séances, exceptionnellement davantage. Crowe complétait au début par un peu de radiothérapie : actuellement, il semble bien que la sonde radifère suffise presque toujours. On peut d'ailleurs envisager des contrôles annuels jusqu'au moment de la puberté : comme l'a remarqué Crowe, il est aussi important pour la santé de l'enfant de surveiller périodiquement son rhino-pharynx que de le conduire chez le dentiste. L'éducation des parents, même américains, reste encore à faire sur ce point...

L'emploi de la sonde radifère expose, bien entendu, à des ennuis et à des échecs :

1° Les *ennuis pour le sujet* sont tout à fait exceptionnels. Les réactions locales sont toujours modérées, à condition de ne pas dépasser les doses prescrites et de ne pas irradier en période d'infection aiguë. Chez un convalescent d'adénoïdite récente ou chez un enfant très jeune, on peut d'ailleurs fractionner la séance : donner demi-dose et attendre cinq jours pour administrer l'autre demi-dose.

Jamais on n'a eu à déplorer d'ulcération ni de nécrose du rhino-pharynx. Les doses sont beaucoup trop faibles pour que l'on puisse observer des accidents osseux. En fin de traitement, les enfants présentent une muqueuse normale, lisse, dont l'aspect ressemble à celui de la muqueuse de la cloison. Jamais les malades n'ont eu à se plaindre par la suite de troubles vaso-sécrétoires.

2° Les *dangers pour l'opérateur* sont pratiquement nuls, en suivant une technique correcte. Il faut s'éloigner du malade pendant l'application, ne jamais manipuler la partie active de la sonde avec les doigts, ranger immédiatement l'instrument dans sa cassette protectrice aussitôt l'irradiation faite. Si l'opérateur traite un grand nombre de malades en série (dispensaire), un contrôle hématologique mensuel est une sage précaution.

3° Les échecs sont toujours la rançon d'une indication mal posée, on doit donc toujours les éviter. Les volumineux paquets de végétations ne doivent pas être irradiés, mais d'abord enlevés chirurgicalement. L'irradiation post-opératoire supprimera d'une manière certaine les reliquats lymphoïdes abandonnés par la curette. Chez beaucoup de sujets, on obtiendra des résultats meilleurs et surtout plus durables, par l'opération suivie d'une ou deux appplications de radium, qu'en s'obstinant à faire fondre de grosses masses adénoïdes par les seules radiations.

Pour conclure, nous dirons que la sonde radifère ne saurait convenir à tous les cas : ses protagonistes américains sont les premiers à le souligner, donnant là un exemple remarquable de probité intellectuelle.

L'usage de la sonde présente sur la radiothérapie l'avantage indéniable de la simplicité : matériel peu encombrant, facile à transporter, manipulation d'une simplicité enfantine, permettant des traitements en grande série, traitements que le rhinologiste est à même d'assumer de bout en bout par ses seuls moyens.

La sonde radifère permet d'irradier électivement une région bien déterminée du rhino-pharynx. Ceci est particulièrement précieux toutes les fois que la perméabilité tubaire se trouve en jeu. Elle paraît spécialement indiquée pour détruire tout ce que la curette ne peut pas enlever : végétations endo et péri-tubaires, reliquats adénoïdiens des angles latéraux du cavum, végétations en nappe sur lesquels la curette glisse sans pouvoir mordre. Elle est une ressource précieuse chez les anciens opérés ou chez les enfants qu'on ne veut pas opérer pour une raison quelconque.

La sonde radifère complète et perfectionne l'action de la curette, mais ne saurait la remplacer. Les deux méthodes ne sont pas antagonistes, mais complémentaires. Que l'on choisisse l'un ou l'autre de ces traitements, une notion capitale reste à retenir : la nécessité d'un contrôle vraiment efficace. Un tel contrôle, aujourd'hui, ne peut plus reposer sur l'étude de l'amélioration fonctionnelle ou sur les données des examens rhinoscopiques habituels. Il exige des explorations endoscopiques minutieuses. Il faut que l'emploi du salpingoscope entre dans nos mœurs. La destruction *intégrale* du tissu adénoïdien ne répond pas, en général, à une nécessité absolue. Mais, lorsque le fonctionnement des trompes risque d'être entravé, lorsque l'audition d'un enfant se trouve en jeu, pédiatre et rhinologiste se trouvent en face d'un impératif catégorique : le rhino-pharynx doit être libéré d'une manière réellement complète.

BIBLIOGRAPHIE

Clément (Robert), Gibert et Clenet. La roentgenthérapie des adénoïdites : communication de la Société de Pédiatrie, séance du 5 juillet 1938.

Clenet. Traitement par les rayons X de l'hypertrophie de l'amygdale naso-pharyngée (*Thèse Paris*, 1937). Renferme la bibliographie antérieure à 1937.

Clift. A new nasopharyngeal radium applicator (*Archives of otolaryngology*, septembre 1944).

Crowe (Samuel J.) et Baylor. The prevention of Deafness,, (*J. A. M. A.*, vol. 112, 18 février 1939).

Crowe. The nasopharynx (*Archives of otolaryng.*, avril 1941).

Emerson, Dowdy et Heatly : use of radium in treatment of deafness by irradiation (*Archives of otolaryngology*, juin 1942).

Farrior et Richardson. The nasopharyngeal radium applicator, (*Archives of otolaryngology*, mai 1942).

Fischer. Recognition and Radium treatment of infected lymphoïd tissue (*Archives of otolaryngology*, mars 1943).

Fowler. Use of radon to prevent otitis media due to hyperplasia of lymphoïd tissue (*Archives otolaryngology*, novembre 1944).

Guggenheim. Direct adenoidectomy (*Annals of otolaryngology*, février 1941).

Hill. Results of adenoidectomy (*Archives*, déc. 1931).

Jones. Irradiation of the nasopharynx in Office practice (*Archives of otolaryngology*, mars 1943).

Proctor (Donald). Irradiation for the elimination of nasopharyngeal lymphoïd-tissue (*Archives of otolaryngology*, mai 1946).

Willard. Program for the Prevention of Deafness of Children (*Archives of Otolaryngology*, mai 1946).

IVe CONGRÈS DES MÉDECINS ÉLECTRO-RADIOLOGISTES DE LANGUE FRANÇAISE

La séance d'inauguration du Congrès a eu lieu le 9 octobre, à la Faculté de Médecine, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, sous la présidence d'honneur de M. le Ministre de la Santé Publique et sous la présidence effective de M. le doyen Baudouin. A ses côtés avaient pris place M. le Dr Louis Delherm, président du IVe Congrès ; M. le Dr Ledoux-Lebard, vice-président ; MM. Léon Binet, le nouveau doyen ; M. Levêque, directeur général de l'A. P. ; M. Dariaux, secrétaire général ; M. Chérigié, secrétaire général adjoint ; M. Belot ; M. le Professeur Jean Thibaud, directeur de l'Institut de Physique atomique de l'Université de Lyon. Dans l'assistance on remarquait de nombreux délégués étrangers. Parmi les français : Mme Simone Laborde, le professeur Laignel-Lavastine, le Dr Marcel Lance, etc... La plupart des électro-radiologistes des hôpitaux de Paris, de très nombreux confrères de France et de l'Afrique du Nord occupaient l'amphithéâtre jusque dans ses gradins les plus élevés.

M. le doyen Baudouin déclara le Congrès ouvert et donna la parole au secrétaire général M. Dariaux, puis au président le Dr Louis Delherm.

Le discours de M. le président Delherm a été un très instructif raccourci de l'histoire de l'électro-radiologie depuis cinquante ans. Pour être complet, l'éminent président n'avait qu'à puiser dans ses propres souvenirs et à rappeler les travaux de ses premiers maîtres Béclère et d'Arsonval. Avec eux il a assisté au prodigieux développement de l'électroradiologie ; plus tard avec le regretté Laquerrière, puis avec ses propres élèves il a participé à tous ses progrès.

Delherm fait ensuite un lumineux exposé des grandes questions professionnelles, de la question du diplôme d'électro-radiologiste. Il rappelle ce qui a été fait déjà pour l'organisation de l'enseignement à Paris et à Bordeaux, il indique ce qui sera fait bientôt à Montpellier et dans toutes les autres universités. Après avoir souhaité une cordiale bienvenue aux éminents délégués étrangers, M. Delherm cède la parole à M. le Professeur Jean Thibaud, directeur de l'Institut de physique atomique de l'Université de Lyon.

L'éminent conférencier fit une remarquable introduction à l'ère atomique, *puis il parla* de l'origine et de l'avenir de l'énergie atomique. *La projection d'un film sur l'atome compléta heureusement sa belle conférence.*

La veille du Congrès, une brillante réception avait eu lieu au théâtre des Bouffes Parisiens, une soirée magnifiquement organisée où les Etrangers et les Français furent accueillis par le président et Mme Delherm avec une amabilité dont tous furent touchés.

Résumé des rapports

Premier rapport

Etude critique des rhumatismes chroniques vertébraux,

par M. A.-P. Lachapèle (de Bordeaux).

Le rapporteur rappelle d'abord le souvenir du regretté Léri qui, dès 1925, avait apporté de la clarté dans l'étude des rigidités du rachis.

Dans son premier chapitre le rapporteur résume la conception classique des rhumatismes vertébraux.

Le deuxième est consacré à la critique analytique. Dans un troisième chapitre sont étudiées les « douleurs rhumatoïdes » sous l'angle de l'anatomie et de la physiologie du rachis. M. Lachapèle y ajoute un essai pathogénique de ces douleurs. Enfin le rapporteur dégage les conclusions de son très important rapport, dont l'illustration est aussi abondante que remarquable, les voici :

Si l'on donne à l'appellation de rhumatisme chronique vertébral le sens très général d'un syndrome clinique, caractérisé par des douleurs et de la raideur vertébrale, on peut l'adopter, car elle définit alors un cadre dans lequel toute la pathologie rachidienne peut entrer. Cette appellation est une commodité ; elle n'est pas un diagnostic. A cette condition, nous l'admettons.

Si, précisant sa valeur, on veut reconnaître en elle les formes cliniques d'une maladie déterminée, il s'agit avant tout de décrire cette atteinte rhumatismale rachidienne primitive et primordiale. Tant que cette description n'est pas faite, nous nous refusons à user de cette appellation.

Rien ne nous autorise à voir un lien « rhumatismal » quelconque entre la Spondylonécrose métatraumatique de Kümmel-Verneuil, les séquelles des Spondylites infectieuses (typhique, paratyphique, mélitococcique, blennorragique, tuberculeuse, syphilitique, etc.), la Cyphose hérédo-traumatique de Bechterew, la Spondylose rhizomélique, le Rhumatisme chronique vertébral ostéophytique. Mettre toutes ces affections dans le même cadre (nous allions dire : dans le même sac) est contraire à cet effort de discrimination que nous oblige à faire tout essai de classement.

Le rhumatisme chronique vertébral, pour bien des auteurs, est représenté par une forme subaiguë (la Spondylose rhizomélique de P. Marie) et une forme chronique (le rhumatisme chronique vertébral ostéophytique de Teissier) : l'un serait la forme arthrite, l'autre la forme arthrose de cette maladie initiale, toujours en attente de description, et dont on ne connaîtrait que les formes cliniques. En somme, des variations sur un thème inconnu. En vérité, rien ne nous permet d'associer ces deux affections, pas même de soi-disant formes mixtes, car, en pathologie vertébrale comme ailleurs, il peut y avoir coïncidence et juxtaposition, sans parenté obligatoire.

La classification des affections du rachis n'implique pas nécessairement l'existence du « groupe des rhumatismes chroniques vertébraux ». *Nous considérons même comme un effort indispensable l'élimination de ce groupe artificiel de tout essai de description.*

Nous nous sommes attaché à dresser le tableau anatomo-radiologique de la *Spondylarthrite ankylosante* de Bechterew-Strümpell-Marie (la soi-disant spondylose rhizomélique, qui n'est pas spondylose, mais spondylarthrite et bien peu rhizomélique), caractérisée surtout par l'atteinte des articulations sacro-iliaques, des articulations vertébrales postérieures, par l'augmentation de la vitesse de sédimentation des hématies, par l'âge des sujets et l'évolution rapide vers l'ankylose, si l'on n'y remédie précocement. Cette maladie n'est thérapeutiquement intéressante qu'à la période de début, où toutes les ressources doivent être mises en œuvre pour déceler les altérations des articulations sacro-iliaques et des articulations vertébrales postérieures, la calcification de la gaine périvertébrale, qui donne le soi-disant syndesmophyte, étant une apparition tardive. Si l'on veut garder la Spondylarthrite ankylosante dans le groupe des rhumatismes vertébraux, ce ne peut être que sous la forme paradoxale d'un « pseudo » -rhumatisme infectieux.

Son tableau caractéristique l'oppose absolument au soi-disant rhumatisme vertébral chronique ostéophytique. Il existe en effet un comportement particulier des vertèbres, qui montrent des franges, des crochets, des ponts osseux périmarginaux, formations qui se développent en général par couples, de part et d'autre du disque intervertébral. *Entre les deux branches d'un tel couple, le tissu discal est toujours lésé.* A la lumière de travaux récents, ces néoformations osseuses semblent relever de l'altération de la partie périphérique de l'anneau fibreux du disque, qui répond au listel marginal du corps vertébral. Cette altération peut être traumatique, infectieuse, dégénérative. On reconnaît une Spondylose déformante localisée, très souvent traumatique et une Spondylose déformante généralisée. Celle-ci est secondaire à une sénescence physiologique du disque, qui peut être activée par des facteurs constitutionnels et par des facteurs locaux (troubles dysontogénétiques, déformations, micro-traumatismes) agissant *in situ* ou à distance. La vitesse de sédimentation des hématies n'est jamais accélérée. Cette affection est à considérer comme une arthrose. Ces lésions dégénératives discales peuvent exister, sans entraîner *ipso facto* une *Spondylose déformante ;* elles sont un élément capital de la pathologie vertébrale, que rien ne nous autorise à rattacher à une maladie rhumatismale.

Tandis que l'ankylose des articulations vertébrales postérieures est le terme de la Spondylarthrite ankylosante, elle ne se produit pas dans la Spondylose déformante. Ces articulations présentent cependant des phénomènes dégénératifs, indépendants de ceux qui

se manifestent au niveau de la colonne somatique. Il s'agit de l'Arthrose vertébrale postérieure ou *Spondylarthrose déformante*.

Enfin les séquelles de Spondylites infectieuses ont une autonomie, qui doit les faire enlever de ce fameux groupe des rhumatismes chroniques vertébraux, de même que la Spondylonécrose métatraumatique de Kümmel-Verneuil, et, à plus forte raison, la Cyphose hérédo-traumatique de Bechterew, dont l'existence est rien moins que certaine et paraît remonter à une mauvaise interprétation des premières publications de cet auteur.

Il est préférable d'étudier les douleurs « rhumatoïdes » cervicales, dorsales, lombo-sacrées sous l'angle de l'anatomie et de la physiologie rachidiennes, d'envisager le rachis comme organe de soutien et de mouvement, organe complexe composé d'une part de nombreuses jointures, soumises à la destinée des diarthroses et des amphiarthroses, et formé d'autre part d'os spongieux, rempli de moelle vascularisée, soumis aux variations du métabolisme calcique et aux influences des maladies du sang et des organes hématopoïétiques.

Nous serions heureux que cet essai, brossé à grands traits et dont nous n'ignorons pas les lacunes, incitât à explorer plus attentivement ce domaine de la pathologie, encore semé de nombreuses inconnues, mais dont l'acquisition nous sera plus facile si nous faisons nôtre la pensée de Léri, mise en tête de ce travail.

Deuxième rapport

Développement et perspectives de l'électroencéphalographie clinique, par le professeur A. Baudouin, doyen de la Faculté de Médecine de Paris et M. H. Fischgold.

Ce rapport préparé en vue du XXe Congrès de 1938 s'intitulait « les phénomènes bioélectriques du système nerveux et leurs applications possibles à la médecine », une large part y était faite à l'électroencéphalogramme humain et à l'électrodiagnostic de l'épilepsie. Un an plus tard un addendum au même rapport permettait aux rapporteurs la localisation électrique des foyers lésionnels du cerveau, tumeurs, kystes, abcès. Depuis sept ans la neurophysiologie en général et l'étude des phénomènes bioélectriques en particulier ont fait des progrès considérables, en particulier dans les pays de langue anglaise.

En France, malgré les difficultés nées de la guerre, le travail ne s'est pas arrêté (Baudouin, Fischgold, Mme Fischgold et J. Lerique). Dès 1940 un poste d'E. E. G. fonctionnait au laboratoire de pathologie générale, les travaux continuèrent avec les rapporteurs, avec A. Rémond et Mlle Cloche, puis Delarue, P. Puech, M. et Mme Lerique.

Le rapport constitue un exposé très succinct de la totalité de ces travaux.

Il étudie d'abord la technique et l'appareillage puis le développement de l'E. E. G., enfin les perspectives de l'E. E. G.

Troisième rapport

La Roentgenthérapie à bas voltage et à faible distance (Radiothérapie de contact) en dermatologie, par MM. Paul Cottenot et René Bourdon.

La radiothérapie dite de « contact » est née du désir de réaliser une coaptation aussi étroite que possible entre le volume tumoral et le volume irradié.

En utilisant la radiothérapie de contact, il est possible de traiter les lésions malignes :

— soit par la méthode fractionnée ;

— soit par l'attaque « couche par couche » avec étude de la réponse tumorale ;

— soit par la dose unique.

C'est à cette dernière variante que nous avons d'abord eu recours ; elle nous semblait, en effet, marquer un pas décisif, si elle donnait la possibilité de traiter, en une ou quelques minutes, une lésion maligne.

Elle s'écartait ainsi de la radiumthérapie et de la rœntgenthérapie fractionnée et paraissait *à priori*, supérieure aux méthodes à dose unique seules ou en combinaison (électro-coagulation, excision, grattage) (Béclère, Bordier, Belot, Coste, Girel, etc...).

En fait, sa pratique devait soulever quelques objections :

1° *Physiques*. — La dose tumorale maxima (en surface) et la dose tumorale minima à la limite des tissus sains sous-jacents présentent un écart considérable. Les autres méthodes rœntgenthérapiques s'appliquent, au contraire, à réaliser une irradiation aussi homogène que possible dans le volume tumoral et péritumoral, et assurent ainsi une marge de sécurité plus grande.

2° *Histologiques*. — En effet, par définition même, la couche limite ne constitue pas une surface d'arrêt, mais une zone au travers de laquelle les cellules malignes tendent à devenir moins nombreuses tout en poussant des prolongements. C'est un fait dont rendent compte les préparations d'histo-pathologie et la pratique du grattage des épithéliomas.

3° *Cliniques*. — La délimitation du volume tumoral par les moyens cliniques (palpation bi-digitale) comporte une part d'erreur qui peut varier de 0,5 à 1 cm. pour apprécier l'extension profonde et périphérique.

4° *Biologiques*. — Le traitement unique s'oppose aux concepts maintes fois exprimés d'augmenter, par le fractionnement, la tolérance tissulaire et la vulnérabilité des cellules tumorales (phases de sensibilité différentes et successives).

Récemment Koller et Smithers (*Brit. Jour. Rad.*, mars 1946) soulignaient que les risques de récidive sont plus grands après une séance unique, même pour de petits épithéliomas baso-cellulaires de moins de 2 cm. Sur 412 cas (337 traités avec fractionnement et 74 à dose unique), les récidives sont plus fréquentes pour la dose unique et se répartissent sur six ans.

5° *Techniques*. — *a*) La revue des travaux publiés montre les problèmes que la dosimétrie a eu à résoudre et la difficulté d'utiliser d'une façon courante un procédé ionométrique.

b) Le haut débit et les courtes séances d'irradiation peuvent entraîner des erreurs de plusieurs centaines d' « r. » pour un écart de quelques secondes. Il en va de même pour une variation passagère du débit.

c) Les exigences d'une « balistique énergétique » très précise (chute à 50 % en quelques mm.) entraînent une délimitation très stricte du champ, une orientation très étudiée du faisceau, un maintien parfait des rapports faisceau-lésion pendant l'irradiation. Ces conditions sont encore plus difficilement réalisées dans les applications intracavitaires.

Ces divers facteurs et ceux mentionnés précédemment nous semblent expliquer le pourcentage de « non-stérilisation » pour des tumeurs de petit volume qui constituent cependant l'indication la plus favorable de la rœntgenthérapie, de la curiethérapie et de toutes les thérapeutiques.

6° Nous avons exposé plus haut notre point de vue sur la question des lésions déjà traitées par les radiations, des applications avec champs multiples juxtaposés, des limites de la tolérance cutanée et des facteurs de nécrose.

Toutes ces considérations ne sont valables que pour les applications à dose unique, à 2 cm. de distance focale, avec filtration de 0,2 Al.

De nombreuses statistiques, avec un pourcentage appréciable de guérisons, ont été publiées avec des distances focales de 3 à 5 cm. et des traitements fractionnés et étalés.

Nous avons aussi obtenu un plus grand pourcentage de guérisons avec des cicatrices parfaites en utilisant un rayonnement filtré et des doses fractionnées. Mais, dans l'ensemble, les malades traités par la dose massive unique présentaient, trois ans après l'application, des cicatrices satisfaisantes et comparables, d'ailleurs, à celles obtenues par les procédés habituels de rœntgenthérapie ou par la curiethérapie.

Il ne semble pas que des arguments convaincants aient été fournis en faveur du traitement des nævo-carcinomes (biopsie souvent absente, fréquence des nécroses douloureuses et durables pour des doses de 20.000 à 30.000 r.). Une telle évolution enlève à ce procédé ses valeurs électives et le met au rang des procédés caustiques (électro-coagulation) qu'il ne paraît pas surpasser.

Les indications de la radiothérapie de contact en cancérologie cutanée sont forcément très limitées, puisqu'elle ne s'adresse qu'à des lésions petites, de faible surface (4 cm^2 environ) et de faible épaisseur (1 cm. environ), petites lésions, qui sont les plus faciles à traiter par tous les procédés habituellement employés.

Les cancers des lèvres, s'il sont de faible surface et peu épais, constituent une indication très intéressante, ainsi que certaines lésions des paupières, de l'angle de l'œil, du nez et du pavillon de l'oreille. Il en est de même de certains cancers de la langue et du plancher buccal, mais les conditions requises pour une application correcte sont assez rarement réalisées (lésion petite, peu épaisse, de siège antérieur, d'accès commode) en sorte que la contacthérapie ne peut être utilisée que d'une manière assez exceptionnelle.

C'est pour des affections cutanées bénignes telles que angiomes tubéreux, verrues chéloïdes, kératoses séniles que la contacthérapie nous est apparue comme particulièrement séduisante, non pas tant par la supériorité de ses résultats que par la commodité de son emploi, lorsque, dans un service hospitalier encombré, il s'agit de traiter rapidement de très nombreux malades.

C'est surtout pour ces raisons de commodité, dans des cas bien définis, que nous pensons que la contacthérapie prendra sa place, très limitée d'ailleurs, en radiothérapie cutanée.

Quatrième rapport

La radiothérapie de contact des cancers du rectum, par MM. Paul Lamarque et Charles Gros (de Montpellier).

Les résultats de la radiothérapie endo-rectale du cancer seule ou en association sont trop précoces ou trop peu nombreux pour comparer déjà ses possibilités en face de l'exérèsc qui a fait ses preuves de guérison. Mais la chirurgie, en dehors de ses risques, de ses déceptions, ne s'adresse pas à tous les malades.

Ces patients, qui ne peuvent ou ne veulent être opérés, pourront bénéficier de la physiothérapie.

Dans quelques années, après un usage étendu et une meilleure adaptation de cette technique jeune, susceptible de progrès, nous verrons décanter les véritables indications.

Actuellement, nous pouvons affirmer son principe, c'est-à-dire la radio-sensibilité de l'épithelium cylindrique du rectum.

L'avenir dira si l'histoire de la radiothérapie d'un tel carcinome sera la même que l'histoire de la chirurgie d'une telle affection ; l'exérèse, qui remonte déjà à un siècle, a été considérée pendant de nombreuses années comme inefficace et ses succès comme exceptionnel.

Il peut être hardi, mais non téméraire, de penser que la thérapeutique de l'épithélioma anorectal suivra la même évolution que la thérapeutique de l'épithélioma cervico-utérin. L.

XLe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

Le Congrès annuel de l'Association française d'Urologie s'est réuni à Paris, du 7 au 11 octobre 1946, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, sous la présidence de M. le Dr Gouverneur (de Paris), assisté de M. Perrin (de Lyon), vice-président.

Après le discours inaugural de M. le Président Gouverneur et la lecture du rapport par M. le Dr Louis Michon, secrétaire général, le Congrès a commencé ses travaux par l'étude de la question à l'ordre du jour :

LA NEPHROSTOMIE

Le rapport présenté par MM. Auvigne (de Nantes) et Viollet (de Limoges), étudiait la néphrostomie, sa physiologie pathologique et ses résultats. Dès 1938 c'est le sujet que l'Association française d'Urologie avait choisi pour son Congrès de 1940 et le temps passé n'a enlevé au sujet ni son importance ni son actualité.

C'est vers 1900 qu'Albarran proposa l'appellation de néphrostomie pour une intervention conservatrice qui commençait à s'acquérir droit de cité. A cette époque se dessinait en effet quelque hésitation devant la néphrectomie et l'on commençait à apprécier équitablement la valeur de la chirurgie qui, elle aussi, sauvait des vies et de plus, dans certains cas, restituait des fonctions ; elle favorisait les exérèses à froid et répondait très suffisamment à ce que pouvait désirer à ce moment une chirurgie non encore pourvue de moyens d'investigation aujourd'hui habituels.

La guerre de 1914 suspendit bien des recherches cliniques ; cependant les résultats de certains chirurgiens américains attirèrent l'attention sur les séquelles de la chirurgie conservatrice et sur les récidives. Après 1920 s'esquissa donc un retour en faveur de la néphrectomie, méthode brillante et rapide et le principe même d'une chirurgie conservatrice perdit de sa valeur ; on vit en elle un pis-aller à réserver aux lésions d'emblée bilatérales ou aux reins uniques.

Le progrès technique : radiographie, urographie intraveineuse, en montrant la fréquence insoupçonnée des malformations, des lésions bilatérales, montra aussi le danger de méthodes trop radicales. On fit leur part aux considérations de physiologie pathologique à côté des considérations uniquement cliniques. Une mise au point devenait donc nécessaire qu'un remarquable rapport présentait aux membres du Congrès.

Comprise selon les définitions les plus strictes, la néphrostomie se propose, au prix du moindre traumatisme et des moindres dégâts soit de recueillir la totalité des urines au niveau du bassinet soit, par l'ouverture d'un système fermé, de supprimer à la fois la pression rétrograde et l'infection en vase clos.

Ainsi distinguée des fistules non préméditées et de la néphrotomie, la néphrostomie favorise ou restaure la fonction suspendue au parenchyme et met au repos les voies d'excrétion qui peuvent retrouver un péristaltisme interrompu.

L'étude des rapporteurs est réservée aux reins qui ont subi l'infection, la dilatation, la lithiase, isolées ou associées. L'étude clinique prend pour base de très nombreuses observations tant françaises qu'étrangères et envisage séparément la néphrostomie en dehors de la lithiase, dans la lithiase, dans les hydronéphroses.

Il s'agit en somme d'une pyélostomie transrénale qu'il faut connaître cliniquement et physiologiquement.

Dans certains cas c'est une opération de nécessité pour sauver le malade, fût-ce au prix d'une infirmité ; dans d'autres cas, c'est une opération de convenance permettant au rein et à ses voies d'excrétion d'effectuer leur convalescence ou même seulement ayant pour but de garantir et renforcer la sécurité en formant couverture à une autre intervention.

Pami les pyélonéphrites non lithiasiques, celles qui s'associent à la grossesse ont une importance particulière ; plus souvent qu'on ne l'admet classiquement, elles masquent une affection rénale préexistante dont la radiographie et l'urographie rendent désormais la découverte moins tardive. Si le drainage uretéral tarde à agir la néphrostomie permet de mener la grossesse à son terme et d'aborder ensuite les lésions principales, surtout lorsque la néphrectomie ne peut être retenue.

Lorsque la pyélonéphrite est réellement un effet de la grossesse et que le rein était antérieurement intact, que le drainage uretéral est insuffisant, la néphrostomie permet une restauration rapide de la fonction rénale et peut même, dans la suite, conduire à une morphologie satisfaisante.

Dans les pyélonéphrites non gravidiques aiguës elle est plus rarement indiquée mais convient aux cas graves, associée ou non à la décapsulation. Dans les pyélonéphrites chroniques, associé à la décapsulation, le traitement conservateur est la ressource des lésions bilatérales.

Lorsque la tuberculose n'est pas en cause le choix d'un traitement radical ou conservateur est affaire d'espèce.

Dans la tuberculose rénale la néphrostomie est une opération de nécessité, précieuse en cas de rein unique, de reins trop insuffisants ou d'état général trop gravement atteint.

Dans la lithiase, la néphrostomie trouve surtout son indication lorsque les cavités sont à la fois infectées et dilatées et surtout lorsque le parenchyme est envahi. Elle s'associe heureusement aux divers types opératoires que les lésions amènent à choisir, facilite l'évacuation des débris calculeux et des caillots et doit être particulièrement mise à contribution dans les lithiases bilatérales, surtout infectées. Vis-à-vis des récidives elle semble posséder une action préventive partielle mais pourtant appréciable à condiion d'être suffisamment prolongée ou même dans quelques cas définitive. C'est en tout cas un adjuvant utile du reste du traitement.

Dans les hydronéphroses également elle est à la fois une technique conservatrice et un traitement accessoire souvent indispensable.

Dans quelques cas c'est la seule voie possible (rein unique, lésions bilatérales graves, infection). Les résultats en sont surtout remarquables dans les hydronéphroses où elle peut favoriser grandement le retour à fonction normale de la portion récupérable du parenchyme. Il va de soi qu'on ne saurait espérer de telle restauration au niveau des cavités ectasiées.

La néphrostomie s'associe avantageusement à la néphropexie et aux opérations libératrices qu'elle facilite et dont elle améliore les résultats.

L'étude physiopathologique approfondie qui forme une partie importante du rapport présente un intérêt moins immédiatement pratique pour le non-spécialiste. Elle a surtout pour but de guider le choix d'une technique opératoire.

Il est plus important pour la pratique courante de pouvoir se faire dans la période préopératoire une idée de la valeur

réelle de l'appareil secrétoire et de l'appareil excréteur. La méatoscopie, le cathétérisme apportent leur contribution à cette détermination. L'étude radiologique à l'état statique et l'étude physiologique de l'excrétion uretérale par urographie intraveineuse sont ici des méthodes indispensables. Pendant l'intervention et au cours de la période postopératoire, connaître l'état de la fonction rénale conserve la même importance et la même nécessité.

On peut conclure de ce qui précède qu'en dehors des cas où elle est l'ultime refuge, la néphrostomie augmente pour le rein la possibilité de se défendre et le délai où il peut se rétablir. Son action s'exerce de façon progressive sur le parenchyme à moins de lésion trop profonde ; elle s'exerce sur l'arbre excréteur dans la mesure où la musculature de celui-ci peut retrouver sa tonicité et surtout sa motricité.

Les dilatations congénitales, maladie du muscle, sont irréversibles et la néphrostomie ne peut y être utile qu'associée à des opérations plastiques ; les dilatations acquises, au contraire, sont réductibles si la dilatation a été rapide et si le muscle est conservé ; même des dilatations infectées sont pendant quelque temps susceptibles d'une régression partielle. Pour tirer de cette méthode les meilleurs résultats, il faut se comporter comme si c'était toujours une opération nécessaire et savoir la prolonger. C'est à l'heure actuelle, un moyen et non une fin. Bien des points de la physiologie demeurent à préciser qui permettront sans doute de prévoir de plus loin et avec plus de précision les chances de réversibilité des lésions qui se présentent.

R. Levent.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 15 octobre 1946

Le Président souhaite la bienvenue à M. Remlinger, de Tanger, associé national, présent à la séance.

MM. Carnot, Lesné, Rist, Debré, Laignel-Lavastine, Mocquot, Le Lorier, sont adjoints à la Commission de l'Avortement, ainsi que M. le Professeur Piédelièvre.

Recherches expérimentales sur la streptomycine. — M. Levaditi et Mlle J. Henry ont entrepris des recherches *in vitro* avec la streptomycine standard, envoyée par M. Waskman, et avec ce principe antibiotique préparé par eux-mêmes (cultures au repos *d'Actinomyces griseus*). Il résulte de leurs essais que la streptomycine exerce un effet bactéricide manifeste sur le staphylocoque, le *B. coli*, le *B. subtilis*, le *paratyphique A*, et aussi, jusqu'à un certain degré, sur le B. tuberculeux (souche humaine et souche Courmont). La quantité de streptomycine élaborée par l'*Actinomyces griseus* augmente au fur et à mesure que cette moisissure se développe dans le milieu. Il est possible de purifier et de concentrer (par absorption sur charbon animal et élution consécutive) la streptomycine brute. Il leur a été impossible de réaliser l'expérimentation *in vivo*, faute de streptomycine cristallisée. En bref, confirmation des recherches de Waksman, Schatz et leurs collaborateurs.

Résultats de 70 pleurectomies pour pyothorax tuberculeux. — M. Bernou. — Avec MM. Fruchaud, Goyer et Marecaux, l'auteur a employé diverses techniques de pleurectomie dans les pyothorax tuberculeux rebelles à tous les autres traitements. La cautérisation des lésions tuberculeuses de la plèvre viscérale et du poumon sous-jacent ont une particulière importance. En dépit des progrès techniques réalisés, le résultat des pleurectomies dépend beaucoup du traitement du malade avant l'intervention et de celui des cautérisations. Les résultats sont d'autant meilleurs que le traitement a été méthodique ; il ne doit jamais être prolongé lorsqu'il cesse d'améliorer le malade. Discussion : M. Rist.

Les iridochoroïdites de la fièvre récurrente cosmopolite. — M. Toulant. — En 1945, à Alger, 153 complications oculaires de la fièvre récurrente ont été observées (123 uvéites, 28 atteintes bilatérales du nerf optique). Aucun cas de kératite ni de conjonctivite, ni de kératite striée.

L'uvéite a été observée dans le plus grand nombre des cas ; en général, elle a été unilatérale et a représenté 3 à 4 % environ du nombre des cas de récurrente. L'uvéite a été totale ou partielle.

L'uvéite aparaît entre le 25e et le 105e jour du début, vers le 53e jour en moyenne.

L'iritis est souvent discrète, mais peut donner lieu à des adhérences avec diminution de la vision. Elle guérit d'elle-même en 3 à 6 semaines et plus vite par le novarsénobenzol.

La cyclite récurrentielle a une physionomie absolument caractéristique, elle peut donner des opacités rétrocristalliniennes et même aboutir à la cécité. Elle évolue en 6 à 8 semaines ; l'arsenic n'accélère pas l'évolution et des rechutes peuvent se produire même après plusieurs mois.

La choroïdite a des signes ophtalmoscopiques particuliers, elle peut donner lieu à des hémorragies dont la résorption est complète, mais demande 4 à 6 mois.

Ces complications sont dues à la fois à la persistance bien connue du spirochète dans l'organisme, même après guérison de la fièvre récurrente et à la résistance qu'offre l'œil à l'immunisation.

On ne constate jamais d'uvéite pendant la période fébrile de la maladie : les complications oculaires ne s'accompagnent d'aucun réveil de la maladie, même au point de vue humoral.

Si l'iritis et la cyclite peuvent guérir seules, il est préférable de les traiter activement, traitement indispensable pour les choroïdites. Novarsénobenzol : 6 à 7 gr. par série. L'arsenic pentavalent est à proscrire absolument sous toutes ses formes.

Le traitement préventif se réalise par des cures d'entretien et de consolidation après guérison de la fièvre récurrente, séries de 4 à 5 gr. chacune de novarsénobenzol pendant plusieurs mois.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 16 octobre 1946

Le traitement actuel des abcès du cerveau. — M. Goinard se demande s'il faut continuer à enlever les abcès du cerveau en bloc ou si l'apport de la pénicilline ne justifie pas le simple drainage évacuateur. En trois ans l'auteur a traité 25 abcès dont 20 ont été guéris par drainage ; 5 ont été extirpés, 4 sont morts après cette extirpation ; le drainage qu'utilise l'auteur est un drainage fermé avec évacuation du pus et deux fois par jour instillation de pénicilline dans la cavité.

Dans les encéphalites qui précèdent la formation de l'abcès, la pénicilline doit être mise en œuvre mais elle n'empêche pas la formation de celui-ci ; s'il s'agit d'une encéphalite par corps étranger, il faut évidemment intervenir chirurgicalement dès ce stade.

M. Petit-Dutaillis estime qu'il faut être très éclectique ; la guérison des abcès traumatiques à longue échéance reste rare parce que ce sont souvent des abcès multiples enchassés dans une cicatrice ; la question de l'extirpation se pose donc.

Ulcère peptique récidivant après gastrectomie large. Gastrectomie totale. — M. de Vernejoul. — M. d'Allaines rapporte cette observation dans laquelle l'ulcère peptique est apparu très vite après une gastrectomie pourtant large. Le rapporteur discute à propos de ce cas les indications de la gastrectomie totale dans les ulcères gastriques en général ; il la repousse dans les ulcères juxtacardiaques qu'il faut commencer par mettre au repos et au traitement médical avant d'en faire l'exérèse. Le danger d'anémie paraît exceptionnel.

Trois cas de colectomies pour cancers sigmoïdiens avec rétablissement de la continuité par invagination sur tube. — M. Darmaillac. — M. d'Allaines, rapporteur, estime que dans tous les cas où l'on fait une suture, il est plus prudent de faire une fistulisation susjacente ou mieux un anus de dérivation.

M. Quénu a abandonné le procédé d'invagination qui lui a donné des ennuis.

Sur le traitement du cancer du rectum. — Présentation d'un film. — M. Bacon.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES VETERINAIRES

2 *juillet.* — M. Taillandier. — Etude et amélioration du logement des animaux en Corrèze.

3 *juillet.* — M. Devisme. — Les sulfamides dans la prophylaxie et traitement de la métrite aiguë de la jument.

4 *juillet.* — M. Piffoux. — Parasitisme interne des bovins dans l'Avalonnais.

INTERETS PROFESSIONNELS

L'Association des médecins du département de la Seine, œuvre de charité fondée en 1833 par Orfila, a eu son Assemblée générale le 13 juin 1946, sous la présidence du professeur Loeper.

Après un discours du président, qui montra tout l'intérêt de l'Association, M. le professeur Justin-Besançon évoqua fort délicatement le souvenir des disparus.

L'Assemblée a décidé de porter à 200 francs minimum la cotisation annuelle.

Versement au compte des Chèques Postaux Paris 232-50, Association des médecins du département de la Seine, 85, boulevard Saint-Germain, Paris (6e), ou par chèque au nom du Dr Fège, trésorier, 5, rue Lauriston, Paris (16e).

XXes Journées Dentaires de Paris

(Anciennes Journées dentaires franco-belges)

Ces Journées se dérouleront, du 21 au 24 novembre, dans les locaux de l'Ecole Odontotechnique de Paris, 5, rue Garancière, Paris (6e), sous la présidence effective de M. le professeur J. Sénèque, professeur de clinique et de thérapeutique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris.

Afin de faciliter la venue des confrères de province qui manifestent le désir de prendre part à cet important Congrès, le Comité d'organisation vient d'obtenir, de la Société nationale des Chemins de fer, une réduction de 20 0/0 pour les congressistes se rendant aux XXes Journées Dentaires de Paris.

Cette agréable et précieuse occasion leur permettra d'assister à des séances scientifiques du plus haut intérêt, auxquelles prendront part les personnalités les plus marquantes de la spécialité.

En participant à cette manifestation professionnelle internationale, ils offriront ainsi un témoignage intangible de la solidarité confraternelle.

Le banquet aura lieu à la Maison des Alliés, 33, rue du Faubourg-Saint-Honoré, Paris (8e).

A l'issue de ce dernier, un film sera projeté par la Section cinématographique de l'armée américaine, sous le haut patronage de S. E. l'Ambassadeur des Etats-Unis à Paris.

Pour les adhésions, s'adresser à :

M. R. Sudaka, secrétaire général des XXes J. D. P., 143, avenue Emile-Zola, Paris (15e). Tél. Ség. 40-99.

Pour les envois de mandats ou versements, s'adresser à :

M. J.-M. Blaisot, trésorier des XXes J. D. P., 5, place Voltaire, Paris (11e). C. C. Post. 2676-48, Paris.

XLIVe Congrès français d'oto-rhino-laryngologie

Rectifications au programme des Conférences faisant suite au Congrès. (Pour le programme complet, voir « La Gazette des Hôpitaux » du 12 octobre 1946.)

1° La conférence de M. le professeur agrégé Turpin, qui devait avoir lieu le samedi 26 octobre, à 17 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, aura lieu le vendredi 25 octobre, à 10 heures, à l'hôpital Lariboisière, service de M. le professeur Lemaître.

Sujet de la conférence : Etude génétique de certains problèmes oto-rhino-laryngologiques.

2° La conférence de M. le professeur Terracol, qui devait avoir lieu le vendredi 25 octobre, à 10 heures, et celle de M. le professeur Calvet, qui devait avoir lieu le samedi 26 octobre, à 18 heures, sont supprimées.

Journée de la Médecine de mines

Une importante journée d'études consacrée à la médecine de mines se tiendra à Lens, le 27 octobre. Organisée par l'Union des médecins français, cette journée est placée sous la présidence de M. A. Lecœur, sous-secrétaire d'Etat à la production. De nombreuses personnalités médicales, ainsi que des représentants du ministère du Travail, de la Fédération du sous-sol et des Charbonnages de France apporteront leur concours aux séances qui seront présidées par M. le professeur agrégé Desoille.

Fédération Nationale des médecins du front

La Fédération Nationale des médecins du front se doit de reprendre ses activités dans toute leur ampleur pour le resserrement des liens de camaraderie qui s'étaient noués sur les champs de bataille et dans les camps de prisonniers ou de déportés, pour la mise en place de dispositifs de plus en plus efficaces d'entraide confraternelle, pour la défense des droits de tous les membres des groupements associés et pour le culte du souvenir des camarades qui ont donné leur vie pour la France au cours de l'une ou l'autre guerre.

I. — Le Comité directeur provisoire de la F. N. M. F. convie tous les médecins qui pourront se rendre libres, à assister aux cérémonies du souvenir qui auront lieu aux dates suivantes :

1° Le mercredi 6 novembre 1946, à 18 heures 30. — La Flamme sous l'Arc de Triomphe sera ravivée par un médecin ancien déporté (rassemblement sous la voûte, côté avenue Friedland, à 18 h. 15).

2° Le lundi 11 novembre 1946, à 14 heures 15. — Une couronne sera déposée au pied du monument élevé à la mémoire des médecins morts pour la France au cours de la guerre 1914-1918 (Grand Hall de la Faculté de médecine).

II. — La première Assemblée générale statutaire d'après guerre des Associations des médecins anciens combattants, anciens prisonniers, anciens déportés, qui font partie de la Fédération Nationale des Médecins du front, aura lieu le lundi 11 novembre 1946, à 14 h. 30, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine pour la revision des statuts et l'élection des membres du bureau.

Le Comité directeur provisoire :
G. de Parrel, J. Grasset, G. Rimé.

CHRONIQUE

L'Association Médicale mondiale

Sous les auspices de la « British Medical Association » et dans sa maison de Tavistock Square, à Londres, s'est tenu, les 25, 26 et 27 septembre dernier, un Congrès médical dans lequel trente et un pays étaient représentés ; son but est de créer une organisation puissante, capable de s'opposer à la violation des règles de la morale séculaire professionnelle par les différents partis politiques (1). Deux secrétaires furent choisis, l'un siégeant à Londres, le Dr Charles Hill, déjà secrétaire général de la « British Medical Association », l'autre siégeant à Paris, le Dr P. Cibrie, de la Confédération des syndicats médicaux français.

Les congressistes furent les hôtes de Sa Majesté à un banquet au Dorchester Hôtel, le 26 septembre, sous la présidence de Rt. H. Aneurin Bevan M. P., ministre de la Santé de Grande-Bretagne.

En réponse au discours du président, le Dr I. A. Pridham fit observer avec raison que l'Etat médecin, qui venait de naître, n'avait pas le droit de détruire la morale médicale professionnelle qui existait depuis des siècles et qui avait donné à notre profession toute la considération dont elle a été l'objet jusqu'à ce jour.

Dr J.-M. Le Goff.

Le martyrologe de la médecine française

Pour la commémoration du 2e anniversaire de la libération, notre excellent confrère « La Gazette Médicale de France » a consacré un numéro spécial aux médecins martyrs de la Résistance.

Peu de professions ont fourni un pareil nombre de victimes et, on le sait, les familles médicales furent parmi les plus éprouvées. En parcourant les dix pages sur lesquelles s'inscrivent les noms des médecins tombés aux armées, fusillés ou massacrés par les Allemands, déportés en Allemagne, on ne peut manquer de ressentir une émotion nouvelle, faite d'admiration et de pitié pour les malheureux martyrs, et d'horreur pour ceux qui en furent les bourreaux.

L'effroyable liste est encore incomplète, il manque les martyrs de l'Afrique du Nord, ceux de l'Indochine, que nous annonce bientôt notre confrère.

Il manque aussi les enfants de médecins, comme les fils de Pironneau, de Monsaingeon et de tant d'autres, qui furent les victimes héroïques des sauvages teutons.

Ce numéro de « La Gazette Médicale de France » contient encore des récits des atrocités individuelles et collectives dont les Allemands se sont rendus coupables. Nous avons beau connaître depuis longtemps le degré d'infamie où se sont abaissés les Allemands (et parmi eux des médecins !) nous ne pouvons lire ces lignes sans éprouver un nouveau et immense dégoût pour une nation capable de la cruauté et du sadisme que nous avons appris à connaître pendant les années d'oppression.

A un moment où nous avons eu parfois la stupeur d'entendre parler de la reprise des relations amicales (!) avec ces effroyables bandits, le rappel des crimes commis devait être fait...

N'oublions jamais !

F. L. S.

(1) « La Gazette des Hôpitaux » du 8 février 1933 avait publié un article sur une orientation politique de la pratique médicale en Angleterre.

Sur un projet de création d'un monastère scientifique et laïque

Voici ce qu'a écrit Taine, à la suite d'une studieuse et agréable retraite qu'il effectua dans le Monastère Bénédictin du Mont Cassin :

« On a tout ici : les Arts, la Science, les grands spectacles de la Nature ! Voilà ce que le vieux monde féodal et religieux avait fait pour les âmes pensives et solitaires, pour les esprits qui, rebutés par l'âpreté de la vie, se réduisent à la spéculation et à la culture d'eux-mêmes. La race en subsiste encore : seulement ils n'ont plus d'asile, ils vivent à Paris ou à Berlin, etc., dans des mansardes. J'en sais plusieurs qui y sont morts ; — d'autres s'attristent et se raidissent ; — d'autres s'usent et se dégoûtent. La Science fera-t-elle un jour, pour ses fidèles, ce que la Religion avait fait pour les siens ? » Taine, « Voyage en Italie » (1863).

Le souhait formulé par Taine va-t-il être exaucé ? Un monastère scientifique, sans prétentions religieuses ou politiques, est en formation, sous les auspices de l'**Association internationale de Cosmobiologie**, avec l'appui de hautes personnalités d'Europe et d'Amérique. On y admettra toutes les catégories d'hommes de sciences et un certain nombre d'artistes, de littérateurs et de professeurs. Ce monastère sera un foyer de culture intellectuelle, de recherches historiques et scientifiques, d'invention, de création, de composition, enfin de vie intelligente. Mais ses deux buts essentiels sont : 1° Décharger ses adhérents de tous soucis matériels, en échange du paiement d'une petite pension proportionnée à leurs ressources ; 2° Fournir, à ces mêmes adhérents, les moyens de continuer leurs travaux habituels. En même temps, les habitants du monastère seront tenus au courant de toutes les études intéressantes effectuées dans le monde (car l'Association de Cosmobiologie a des associés dans vingt-six nations), mais ils devront tous travailler pour la communauté en même temps que pour eux-mêmes.

Ceux que cette création intéresse (comme occupants, bienfaiteurs, collaborateurs, etc.), sont priés d'adresser observations et propositions au président de l'Association de Cosmobiologie : Dr M. Faure, 21, rue Verdi, à Nice, en précisant exactement leurs désirs, leurs apports, leurs possibilités.

L.

NECROLOGIE

Le Dr Joseph Defossez et son fils, M. J. Defossez, décédés accidentellement à Sefrou (Maroc).

Le médecin général de 1re classe du cadre de réserve de la marine Alfred Gastinel, grand officier de la Légion d'honneur, décédé le 5 octobre 1946.

LIVRES NOUVEAUX

La leucocyto-réaction, élément de diagnostic et de thérapeutique. Applications en syphiligraphie, dermatologie et médecine générale, par J. Gouin, préface du Dr Clément Simon. Masson et Cie, éditeurs, Paris 1945, 252 pages, 320 francs.

On savait depuis longtemps que toute médication générale déterminait dans l'organisme des effets thérapeutiques bons, mauvais ou inutiles, mais l'empirisme seul guidait l'administration de ces médicaments.

Le mérite de l'auteur est d'avoir retenu que des médicaments spécifiques ne déterminent pas chez le même sujet pour la même affection la même réaction leucocytaire et d'avoir étudié systématiquement les modifications de la leucocytose chez un grand nombre de sujets deux heures après l'administration d'un médicament. Dans cette recherche le sujet doit être à jeun, au repos avant et entre les deux numérations, surtout il doit être vierge de toute thérapeutique depuis trois semaines.

La conclusion de l'auteur est qu'il faut éliminer chez un malade toute médication générale qui provoque une leucopénie et n'utiliser qu'un médicament spécifique hyperleucocytosant.

Cette étude, qui repose sur une abondante expérimentation clinique et biologique, ouvre des horizons nouveaux sur la conduite du traitement de la syphilis et sur le choix des médicaments à utiliser. Elle permet chez un malade récent de prévoir la résistance au traitement, chez un malade ancien de juger de l'efficacité des thérapeutiques prescrites.

La leucocyto-réaction ne se prononce ni sur le diagnostic, ni sur la guérison d'un malade, elle ne préjuge pas de l'intolérance à un médicament, son rôle primordial est de reconnaître l'efficacité d'une thérapeutique prescrite ou à prescrire. Elle adapte au mieux des intérêts de l'individu l'action

thérapeutique générale d'un médicament spécifique.

Son application au traitement de la tuberculose cutanée, des tuberculides, du lichen plan, du psoriasis et de nombre d'autres affections dermatologiques ou générales a donné des résultats intéressants.

Ce livre mérite de retenir l'attention de tous ceux qui cherchent, comme son auteur, à remplacer l'empirisme par la raison.

M. L. S.

Précis de technique du séro-diagnostic de la syphilis, par R. Demanche, 3e édition 1944, G. Doin et Cie, éditeurs.

La nouvelle édition de ce précis a été mise au courant des derniers progrès de la sérologie ; elle comporte une étude complète du séro-diagnostic de la syphilis, y compris celle des réactions de Eages et de Kline et des réactions du sang sec.

L'auteur y a joint l'étude du séro-diagnostic de la blennorragie, de la tuberculose, du paludisme et de la mononucléose infectieuse.

L'ensemble de l'ouvrage conserve le caractère de simplicité didactique qui l'a fait apprécier depuis de longues années par tous les travailleurs de laboratoire.

M. L. S.

Carnet de route d'un médecin de l'avant, docteur H. Cheynel, médecin-capitaine des troupes coloniales, préface de M. Georges Duhamel, de l'Académie française ; format : 11,75 × 18,5 cm. 174 pages, 4 hors-texte. Prix : le volume de l'édition courante : 85 fr. ; le volume sur vélin à la forme, numéroté : 200 fr. Editions B. Arthaud, Grenoble et Paris.

Mai-juin 1940. Après avoir mis hors de combat les armées alliées de Belgique, les Allemands esquissent un vaste mouvement tournant pour prendre à revers la ligne Maginot. Parmi les troupes chargées de constituer un rideau défensif le long de la Meuse, se trouve le 1er régiment d'infanterie coloniale, dont fait partie le médecin-lieutenant Cheynel.

Celui-ci note les péripéties de cette lutte inégale, au cours de laquelle son unité doit reculer pied à pied, de Montmédy jusqu'aux abords de Nancy où, dépourvus de munitions, les survivants sont faits prisonniers. Rapatrié après trente-huit mois de captivité, le médecin-capitaine Cheynel devait trouver, à vingt-huit ans, une mort glorieuse sur le front d'Alsace, en novembre 1944. A ses trois citations venait s'ajouter la Légion d'honneur.

De ces pages écrites dans le feu de l'action et primitivement destinées à demeurer inédites, ressort l'épisode des combats du Mort-Homme, où nos soldats utilisaient pour tenter d'arrêter l'ennemi, les trous d'obus de la précédente guerre. Non moins dramatique est la nuit passée entre les lignes par l'auteur du récit, laissé avec des blessés que l'on n'avait pu évacuer, au soir d'une sanglante journée.

Ce carnet de route, qui relate une phase peu connue de la bataille de France, constitue un hommage à ceux qui, lors de l'été catastrophique, luttèrent jusqu'au bout. Il atteste aussi que le Service de Santé, corps si souvent rallié, a droit à la reconnaissance de la nation.

Ce livre va prendre place parmi les témoignages de notre époque dramatique. C'est un document d'un intérêt exceptionnel, car « ces pages vivantes, franches, humaines, sont au delà de toute littérature » (G. Duhamel).

Les plus belles années, roman par Henri Drouin. Un vol. in-8° de 382 p. Prix : 180 fr. Armand Fleury, éditeur, Paris 1946.

L'auteur, qui est un de nos confrères, ajoute, à la suite très importante de ses œuvres déjà publiées, un nouveau roman consacré à la vie d'un praticien. « Les plus belles années », ce sont celles du début où le jeune médecin connaît les difficultés de l'installation, les soucis, mais aussi les joies professionnelles. Puis ce sont les petits déboires de la vie provinciale, où les gens sont trop près les uns des autres.

Un mariage mal assorti marque la fin des belles années et le commencement d'un drame de famille infiniment douloureux.

L'intérêt de ce livre est très soutenu ; le lecteur goûtera particulièrement les pages consacrées à la vie médicale pendant la guerre 1914-1918 dans les pays occupés. La résistance existait déjà. Les médecins en furent souvent les héros, comme ils le furent si résolument trente ans plus tard.

Etude épidémiologique des cas de typhus exanthématique observés dans la région parisienne, par X. Leclainche, inspecteur général au ministère de la Santé publique et J. Boyer, inspecteur général des services techniques d'hygiène à la Préfecture de police, 1946. Un volume in-8° de 192 pages avec figures 230 fr. J.-B. Baillière et Fils, éditeurs, 19, rue Hautefeuille, Paris (6e).

Onze cas de typhus exanthématique ont été observés dans la région parisienne pendant l'occupation allemande et 182 cas au retour des prisonniers et déportés.

Une telle éventualité avait été prévue de longue date par les auteurs qui avaient élaboré, pendant l'occupation allemande, un plan clandestin prévoyant les mesures prophylactiques à prendre au retour des prisonniers et déportés.

Leur livre, publié sous les auspices du ministère de la Santé publique, représente un document détaillé concernant les cas de typhus exanthématique récemment observés dans la région parisienne.

Mais il est aussi une mise au point précieuse, pour les médecins et les hygiénistes, de la lutte contre le typhus exanthématique : dans un style clair et précis sont exposés tous les moyens à mettre en œuvre (poudres insecticides, étuves, équipes d'épouillage, vaccination, injection de sérum de convalescents), toutes les difficultés que l'on peut rencontrer (déclaration tardive, éventualité de cas frustes ou anormaux, etc...) et les erreurs cliniques ou prophylactiques que des médecins non avertis peuvent commettre.

En conclusion, ce livre a non seulement un grand intérêt documentaire, mais, en raison de la grande expérience des auteurs, il est un guide sûr pour tous les hygiénistes ayant la responsabilité de la lutte contre le typhus et pour tous les médecins qui désirent mieux connaître cette redoutable affection.

Le Livre du Praticien, par le Dr Clairville, 2 édition, 1946. Librairie Maloine, Paris. Prix 300 francs.

Les formulaires thérapeutiques usuels traitent surtout des médicaments du Codex et négligent généralement les spécialités pharmaceutiques, qui représentent pourtant à l'heure actuelle, la majeure partie des prescriptions médicales.

D'autre part, les recueils de spécialités les plus connus présentent les produits dans l'ordre alphabétique de leurs noms commerciaux. Pour retrouver un produit dont le nom n'a pas été retenu, il faut faire un effort de mémoire ou bien procéder à des recherches fastidieuses.

La classification des spécialités d'après le principe actif prédominant permet d'éviter ces inconvénients et de retrouver un produit, même lorsque son nom est inconnu. Cette méthode logique a été appliquée pour la première fois systématiquement dans le **Livre du Praticien** que le Dr Clairville vient de publier en 2e édition.

Le Dictionnaire pharmaceutique est précédé d'un Dictionnaire des Nouveautés Thérapeutiques, qui constitue un répertoire des médications nouvelles, dont la consultation sera extrêmement utile au praticien.

Un extrait du plan général illustre le mieux l'intérêt de cet ouvrage destiné à devenir un instrument de travail indispensable à tout médecin :

I. — Dictionnaire des Nouveautés Thérapeutiques. Résumés de la littérature mondiale groupés par médications et par maladies.

II. — Dictionnaire pharmaceutique systématique. Classement d'après le principe actif. Des Résumés pharmacologiques et des tableaux de classification facilitent la consultation de l'ouvrage.

III. — Dictionnaire des synonymes, des dénominations numériques. Répertoire des produits étrangers avec indication des produits français correspondants, etc., etc.

Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 23. — SAMEDI 2 NOVEMBRE 1946 — 119e ANNEE — Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr.; Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef :* Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecin des hôpitaux

Section A

Séance du jeudi 17 octobre 1946

Epreuve de consultation écrite

Ont obtenu : MM. les Docteurs Mallet, 20 points ; Catinat, 20 ; Tardieu, 20 ; Claisse, 20.

Section B

Séance du samedi 19 octobre 1946

Ont obtenu : MM. les Docteurs Macrez, 18 p. 75 ; Fiehrer, 18.

Concours de chirurgien des hôpitaux

Séance du jeudi 17 octobre 1946

Epreuve clinique

Ont obtenu : MM. les Docteurs Neyraud, 17 points ; Denoix, 18 points ; Lance, 20 ; Rouvillois, 17.

Séance du mardi 22 octobre 1946

Ont obtenu : MM. les Docteurs Chapeau, 17 points ; Delinotte, 20 ; Dufour, 18 ; Guénin, 20.

Concours pour la nomination à une place de médecin en chef des hôpitaux sanatoriums de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris. — Ce concours sera ouvert le vendredi 29 novembre 1946.

Les inscriptions seront reçues du vendredi 25 octobre au jeudi 7 novembre 1946 inclusivement (samedis, dimanches et fêtes exceptés), à l'Administration Centrale, 3, avenue Victoria, Bureau du Service de Santé (escalier A, 2e étage).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Par décision de M. le ministre en date du 15 octobre, le droit de travaux pratiques pour chacune des trois parties du certificat d'études préparatoires de radiologie est porté à 750 francs.

Secrétariat. — Par arrêté du 22 octobre 1946, sont nommés et reclassés rédacteurs principaux, à partir du 1er janvier 1944 : Mlle Chaintreuil, rédacteur principal de 1re classe ; M. Dol, rédacteur principal de 2e classe.

FACULTES DE PROVINCE

Bordeaux. — Sont prorogés dans leurs fonctions d'agrégés : MM. Despons (Oto-rhino-laryngologie), Dufour (Anatomie), Piéchaud et Broustet (Médecine générale), Massé (Chirurgie générale).

Montpellier. — MM. Boudet et Jeanbrau sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

— Sont prorogés dans leurs fonctions d'agrégés : MM. Carrère (Bactériologie), Rimbaud (Médecine).

Nancy. — M. Lamy, professeur sans chaire à la Faculté de Nancy, est nommé à compter du 1er juillet 1946, professeur titulaire de la chaire de physique médicale créée à cette Faculté.

Strasbourg. — MM. Ambard, Pautrier et Redslob sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite.

— M. Géry, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er juillet 1946, professeur titulaire de la chaire d'anatomie pathologique (dernier titulaire : M. Masson).

EDUCATION NATIONALE

Hygiène scolaire. — M. le Dr Aurégan, médecin inspecteur régional stagiaire de l'hygiène scolaire et universitaire pour l'académie de Clermont-Ferrand, est titularisé dans ces fonctions à compter du 1er novembre 1946.

LEGION D'HONNEUR

Santé publique

OFFICIER. — Drs Jean Benech, à Paris ; H M. A. Guilluy, à Versailles ; M. Jacques Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur.

CHEVALIER. — Drs Maurice Fredoux, à Versailles ; Monnerot-Dumaine, à Paris ; Olieu, à Paris ; Pons, à Avignon ; Mme Tréfouël, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

EDUCATION NATIONALE

Commission des thèses et travaux se rapportant à la médecine sportive

Il est institué à la Direction générale de l'éducation physique et des sports une commission chargée d'examiner les thèses, mémoires, travaux scientifiques se rapportant à la médecine appliquée à l'éducation physique et aux sports et susceptibles de recevoir des récompenses sous forme de prix.

Conseil supérieur d'hygiène publique de France. — M. le Dr Giroud, chef de service à l'Institut Pasteur, est nommé membre du Conseil supérieur d'hygiène publique de France, en remplacement du Dr Nattan-Larrier, professeur au Collège de France, décédé.

COURS

Comité national de l'Enfance. — Sous la présidence de M. Lesné, la première des Conférences d'information traitant de la mise au point de la législation sociale de l'enfance, aura lieu le mercredi 6 novembre 1946, à 17 heures, au siège social, 51, avenue Franklin-D.-Roosevelt, à Paris (8e).

Ordre du jour : Population, Natalité, Immigration, par M. Pernet, ancien ministre.

Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais

Professeur : M. Pasteur Vallery-Radot

Quelques-unes des grandes découvertes françaises en biologie depuis 60 ans

Ces conférences auront lieu à l'amphithéâtre de l'hôpital Broussais les mercredis suivants :

6 novembre. — Professeur Binet, doyen de la Faculté de médecine : Découverte de l'Opothérapie.

13 novembre. — Professeur Gastinel, professeur à la Faculté de médecine : Découvertes des toxines et des anatoxines.

27 novembre. — Professeur Seneque, professeur à la Faculté de médecine : Découverte de l'Asepsie.

4 décembre. — Professeur Mollaret, professeur agrégé à la Faculté de médecine : Découverte de l'agent du paludisme.

11 décembre. — Professeur Ch. Richet, professeur à la Faculté de médecine : Découverte de l'anaphylaxie.

Chaire de technique chirurgicale
(Professeur : M. P. Moulonguet)

Cours destiné aux internes nouvellement nommés et portant sur les éléments de la technique opératoire.

Mardi 12 novembre 1946 : Mise en place du champ opératoire. — Mercredi 13 novembre : Matériel de suture et de ligature. — Jeudi 14 novembre : Sutures du tube digestif. — Vendredi 15 novembre : Sutures du tube digestif. — Samedi 16 novembre. — Sutures du tube digestif. — Lundi 18 novembre : Sutures du tube digestif. — Mardi 19 novembre : Gastrostomie, iléostomie, colostomie. — Mercredi 20 novembre : Incision et fermeture de la paroi abdominale. Drainage. — Jeudi 21 novembre : Hémostase. — Vendredi 22 novembre : Ostéosynthèse. — Samedi 23 novembre : Ostéosynthèse.

Les cours auront lieu à 18 heures au Laboratoire de la Chaire. Les techniques seront répétées sur le chien par les internes.

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Hôpital des Enfants-Malades
149, rue de Sèvres, Paris

Deux conférences seront faites à l'amphithéâtre de la Clinique par le professeur Cournand, de New-York, les jeudis 7 et 14 novembre, à 10 heures.

La première conférence (7 novembre), parlera sur : « Les méthodes récentes du traitement des brûlures aux Etats-Unis. » En outre sera projeté un film sur l'opération de Blalock : anastomose d'une artère de la base du cou avec l'artère pulmonaire pour le traitement des cyanoses congénitales tardives.

La deuxième conférence (14 novembre), portera sur l' « Etude physio-pathologique du choc chez l'homme. »

Conferences de pneumologie

MM. Maurice Bariéty et Georges Brouet, agrégés, médecins des hôpitaux, donneront une conférence de pneumologie à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), tous les mercredis matin, à 10 h. 30, à partir du 10 novembre.

Programme. — 13 novembre, M. Bariéty : Comment concevoir la maladie tuberculeuse. — 20 novembre, M. Bariéty : La primo-infection tuberculeuse. — 27 novembre, G. Brouet : Les pleurésies tuberculeuses. — 4 décembre, G. Brouet : Les tuberculoses miliaires. — 11 décembre, G. Brouet : Les tuberculoses aiguës. — 18 décembre, M. Bariéty : Les hémoptysies. — 8 janvier, M. Bariéty : Les cavernes pulmonaires. — 15 janvier, G. Brouet : Le pneumothorax spontané. — 21 janvier, G. Brouet : Les débuts de la tuberculose pulmonaire chronique. — 28 janvier, G. Brouet : L'évolution de la tuberculose pulmonaire. — 4 février, M. Bariéty : Les éléments du diagnostic radiologique et pathologie pulmonaire. — 11 février, M. Bariéty : Les indications thérapeutiques dans la tuberculose pulmonaire.

La Société amicale des Médecins Alsaciens se réunira le dimanche 10 novembre, à 12 h. 30. La réunion sera suivie d'un déjeuner auquel assisteront les membres de la « Société des Alsaciens de Paris » et des principales Sociétés alsaciennes, chez Jenny, 39, boulevard du Temple. Métro République. Adhésions : Dr Schmitt, les Charmilles, Valenton (Seine-et-Oise).

INTERETS PROFESSIONNELS

Chambre syndicale des médecins de la Seine

Question du lait

La Chambre syndicale des medecins de la Seine a été informée que les services du Ravitaillement ne pourraient mettre à la disposition des mères, pour leurs nourrissons, qu'un nombre réduit de boîtes de lait de conserve, et particulièrement de lait concentré sucré, étant donné l'approvisionnement et les stocks insuffisants pour les mois à venir.

La Chambre syndicale des médecins de la Seine, en présence de cette situation, se permet d'inviter les médecins à conseiller, pendant les premiers mois au moins, l'allaitement maternel, sauvegarde de la santé des nourrissons, et à n'ordonner qu'avec des indications médicales précises, des laits de conserve ou de régime en cas d'intolérance absolue pour le lait naturel.

Elle regrette que deux ans après la libération, les pouvoirs publics n'aient pas eu une politique du lait correspondant aux necessaires besoins de sécurité de la population infantile.

On demande des médecins coloniaux

La Direction du service de Santé colonial renouvelle son appel aux médecins désireux de contracter un engagement au titre du service de Santé de l'Indochine, dans le corps de liaison administrative d'Extrême-Orient. Cet appel s'adresse plus particulièrement aux chirurgiens et aux médecins spécialistes (notamment électro-radiologistes).

Il est rappelé que ce recrutement est ouvert aux médecins civils remplissant, entre autres, les conditions suivantes :

Etre titulaire du doctorat en médecine ;
Avoir moins de 55 ans à la date de l'engagement ;
Etre physiquement apte au service colonial ;
Etre citoyen, sujet ou protégé français.

La durée de l'engagement est de 18 mois. Les candidatures seront adressées au ministère des Armées, Direction des troupes coloniales, Bureau du personnel, Paris.

Note sur la distribution de la pénicilline

D'accord avec le Service central de la Pharmacie au ministère de la Santé publique, la Confédération des syndicats médicaux français donne aux médecins les indications suivantes au sujet de la distribution de la pénicilline.

1. **Répartition de la pénicilline :**

La pénicilline sera confiée en stock à des pharmacies pourvues de frigorifiques. Dans les grandes villes, ces pharmacies constitueront 25 % environ du chiffre des pharmaciens de la ville. Les autres pharmaciens pourront délivrer la pénicilline par entente avec ceux d'entre eux qui possèdent un frigidaire. La distribution, de ce fait, devient pratiquement libre sous réserve de l'ordonnance médicale.

2. **Composition de la pénicilline :**

La pénicilline actuelle comprend au moins 90 % de pénicilline G, la plus active.

3. **Conservation de la pénicilline :**

La pénicilline actuelle peut être conservée au moins dix jours sans être mise dans la glace.

Il est cependant indiqué de ne pas la mettre dans un endroit chaud. Un simple garde-manger est parfaitement suffisant.

La pénicilline, une fois dissoute, se conserve dans les mêmes conditions environ quarante-huit heures. Au bout de ce temps, elle n'a perdu que 10 % environ de son activité. Si les médecins veulent bien prendre la précaution d'employer, dans la journée, la pénicilline après l'avoir fait dissoudre, on peut considérer que la conservation dans un endroit simplement frais, tel qu'un garde-manger, est tout à fait suffisante.

Fonction et troubles fonctionnels

Par M. le Professeur Henri Aboulker (Alger)

La fonction en biologie est la forme de l'énergie générale vibratoire par laquelle un tissu physiologique répond à l'excitant ou aux excitants physiologiques.

Les excitations, processus biophysicochimiques, se propagent par le mécanisme réflexe, sont véhiculées par le système sympathique, mettent ainsi en évidence la propriété ou les propriétés spécifiques du tissu. *La fonction biologique semble donc pouvoir être définie : un réflexe sympathique physiologique.*

Devant un œil normal on place une bougie allumée. La lumière, l'une des formes de l'énergie générale vibratoire et excitant physiologique de la rétine, provoque une excitation spécifique transmise par les voies optiques jusqu'aux centres optiques ; ceux-ci la renvoient aux centres psychiques qui informent la conscience.

Que le réflexe soit véhiculé par le système sympathique, cette interprétation résulte :

A) De la présence d'un système sympathique dans les voies optiques comme dans tous les tissus et cellules de l'organisme, sans exception.

B) De la diffusibilité des excitations physiologiques qui caractérise le système sympathique.

C) De la diffusibilité presque constante et plus aisément apparente des excitations pathologiques aux tissus et viscères les plus divers et les plus éloignés du point d'excitation, diffusibilité qui ne peut s'expliquer que par l'intervention du système sympathique. La déchirure du ligament périarticulaire de l'entorse déclenche un déséquilibre réflexe moteur, visuel, psychique et souvent cardio-respiratoire qui peut aller jusqu'à la syncope.

D) De l'action des médications sympathiques : (substances sympatho-mimétiques ou parasympatho-mimétiques, infiltrations scurocaïniques ou extirpations ganglionnaires, dénudations vasculaires, décapsulations viscérales), qui font disparaître brusquement ou rapidement *les troubles fonctionnels caractérisés par leur réversibilité.*

Ainsi la participation du système sympathique au processus fonctionnel pathologique et physiologique semble démontrée.

En ce qui concerne l'étendue de l'arc réflexe et le chemin qu'il parcourt, il nous semble qu'on doit envisager, suivant les cas, le passage par les divers centres étagés depuis les centres supérieurs et corticaux jusqu'aux ganglions locaux les plus petits considérés chacun, éventuellement, comme « cerveaux périphériques » ; ce dernier mécanisme s'inclut dans la notion de réflexe antidromique.

***

La clinique montre que la *lésion phénomène de destruction totale* histologique, biologique et physico-chimique du tissu *est un processus définitif*. Seule en fait disparaître les effets la réparation histologique et physico-chimique intégrale. Dans les cas qui sont les plus nombreux, où la guérison survient par *cicatrisation*, il ne faut pas perdre de vue que ce dernier mécanisme, bien que réalisant la disparition du processus lésionnel infectieux, traumatique, tumoral, n'est qu'une *maladie substitutive*. Presque toujours plus favorable que la maladie qu'elle remplace, elle n'en reste pas moins un état pathologique *lésionnel*, qui prend rang, avec les cicatrices de la maladie opératoire, à la suite des autres états lésionnels. Il en a l'*irréversibilité brusque*, il en a les troubles fonctionnels permanents et irréversibles brusquement et les troubles fonctionnels réversibles que nous qualifions réflexes sympathiques ici pathologiques. *Autour de toute lésion* on observe, en clinique, *une masse apparemment homogène de troubles fonctionnels* dans lesquels il existe deux groupes dont la pathogénie, les possibilités d'évolution, le pronostic et le traitement sont profondément différents. L'un de ces groupes est constitué par les phénomènes réversibles qu'on appelle couramment troubles fonctionnels. Cette dénomination qui confond deux états si différents contribue à entretenir la confusion dans les esprits.

Nous observons des guérisons brusques ou très rapides :

a) Sous l'influence de l'évolution spontanée, c'est-à-dire sous l'influence des multiples forces de défenses coalisées de l'organisme en état de mobilisation permanente, sous l'influence des opérations qui suppriment la cause, *même sous l'influence d'opérations manquées ou incomplètes*, c'est-à-dire pour des raisons autres que la suppression de la cause. Ne s'agit-il pas de sympathectomies involontaires ?

b) Sous l'influence de médications symptomatiques qui n'ont ni intentions ni prétentions étiologiques ou pathogéniques.

c) Sous l'influence des plus simples manœuvres de drainage, d'injection de médication symptomatique, de transfusion ou saignée très limitées, des agents physiques. Toutes ces manœuvres sont selon nous des chocs sympathiques ;

d) Sous l'influence des diverses formes de la sympathothérapie.

L'influence manifestement favorable rapidement ou brusquement du *choc thérapeutique strictement localisé à un tissu sympathique* semble autoriser à penser que le système sympathique est bien à la base de ces diverses manifestations pathologiques et thérapeutiques, qu'il en est le véhicule et l'intermédiaire.

Par ailleurs l'*excitation sensitive-motrice* phénomène général très important sur le liquide interstitiel et sur les vaisseaux qui peut aboutir aux œdèmes (1), congestions, hémorragies, infarctus, apoplexies (2), l'action secrétoire, l'action trophique, l'action sur les phénomènes humoraux, *toutes qualités propres du système sympathique*, tendent à faire admettre que nous nous trouvons à chaque instant en présence de manifestations du processus sympathique insuffisamment soupçonnées en raison de leur *polymorphisme apparent*. A la vérité il s'agit des divers aspects et degrés du réflexe dont l'aspect varie avec les tissus et humeurs influencés.

Ainsi le trouble fonctionnel des classiques paraît bien être un processus biologique et physico-chimique multiforme, réversible, véhiculé, suivant le mécanisme réflexe, le long des voies sympathiques. En somme, en analysant le phénomène fonctionnel pathologique, nous nous sommes employé à définir la fonction et à repartir de l'état physiologique pour mieux comprendre la maladie. Toutes les considérations qui précèdent et qui suivent ne sont que le difficile et modeste effort d'un praticien en présence des surprises de la clinique.

***

Comment se produit le processus fonctionnel ? Quels en sont les caractères cliniques ?

Soit une lésion qui détruit une partie des voies pyramidales. On constate ictus, hémiplégie, déficit psychique, etc... Il est impossible de prévoir l'avenir. Ni la trépidation épileptoïde, ni le Babinski, ni l'abolition des réflexes ne permettent d'affirmer l'incurabilité. Or souvent on assiste à une régression spontanée lente ou brusque. Dans ces cas, dans ce dernier surtout, les choses se passent comme si du segment central détruit s'était projeté sur un segment central voisin non détruit des centres moteurs une excitation inhibitrice. Le résultat fonctionnel est la production d'une nouvelle portion d'hémiplégie qui s'ajoute à la portion initiale irréversible issue de la lésion. L'hémiplégie est *la somme d'une destruction et d'une inhibition* dont les portions respectives et même l'existence nous sont et nous restent inconnues. Il en est ainsi du plus grand nombre des symptômes.

Or la clinique nous apprend que des syndromes de ramollissement cérébral par exemple peuvent, dans certains cas, disparaître :

a) Spontanément ;

b) Par simple transfusion de 50 gr. de sang (3) ;

c) Par infiltration du ganglion stellaire ou sa résection (4) (Leriche, de Martel).

Elle nous montre aussi des faits tels que celui-ci rangés dans une autre catégorie. Il s'agit de syndromes réflexes encéphaliques post-traumatiques (névralgie faciale avec épilepsie et hémiplégie ou syndrome de névralgie facio-duro-cortico-encéphalique. La guérison a été obtenue brusquement par anesthésie locale de la duremère, par anesthésie du ganglion spléno-palatin et par anesthésie du ganglion de Gasser (observation personnelle) (5), enfin par

(1) Mauriac. Les œdèmes.

(2) Villaret, J. Besançon, Grégoire Gouvelaine Les apoplexies (Masson, 1938).

(3) Abrami. In Leçon Inaugurale. *Presse Médicale*, janvier 1936.

(4) Leriche. *In Presse Médicale* (décembre 1935).

(5) H. Aboulker. *In Revue d'Oto, Neuro Ophtalmologie*, n° 7, octobre 1937, p. 557, névralgie de la face et de la dure-mère avec épilepsie et hémiplégie, guérison par cocaïnisation de la dure-mère et infiltration du ganglion de Gasser.

simple infiltration même de la cicatrice cranienne opératoire, à l'occasion d'une récidive (cinq ans après la guérison, Aboulker et Manceaux). L'unité de la thérapeutique ne prouve-t-elle pas sinon l'unité étiologique, du moins *l'unité pathogénique* de ces deux hémiplégies de causes, de stimulus, de natures si différentes ?

Il n'est pas superflu de souligner que la guérison de ces syndromes importants et parfois très graves survient sur des sujets atteints de lésions absolument indiscutables. Mais réduites à elles-mêmes par la suppression de leurs éléments fonctionnels réversibles, souvent les plus voyants, elles ne se manifestent plus que par leurs signes de troubles fonctionnels de destruction peu gênants et par leurs signes morphologiques peu ou pas apparents. On ne voit plus que la fumée de l'incendie, elle nous aveuglera si nous ne sommes pas attentifs, et nous guidera dans le cas contraire.

Il semble au surplus que la lésion et ses manifestations permanentes débarrassées du poids si lourd des troubles fonctionnels réversibles se trouvent allégées dans leur effort vers la guérison. Les iritis syphilitiques soignés en même temps par le traitement local avec traitement spécifique et par la sympathothérapie nasale guérissent six fois plus rapidement et plus complètement, sans synéchies (Magitot) ; nous sommes convaincu d'avoir fait les mêmes constatations.

Il est important de souligner aussi que les troubles fonctionnels réversibles restent *réversibles pendant de très nombreuses années.* Nous avons vu disparaître complètement en 2 ou 3 mois, après une simple trépanation mastoïdienne pour otite suppurée ancienne, des phénomènes moteurs, sensitifs, psychiques avec stase papillaire et acuité de 1/50 datant de près de 20 ans. Il s'agissait de toute évidence de phénomènes œdémateux à caractère hypertensif (malade traité avec M. le Pr. Porot). Or les phénomènes œdémateux et congestifs, qui ne sont rien d'autre, il ne faut pas l'oublier que la forme congestive du réflexe sympathique, ont disparu par la suppression de la suppuration causale. Tout le syndrome méningo-encéphalique était un syndrome fonctionnel resté tel. Le passage de cet état histologique, biochimique, physique à l'état lésionnel n'est donc pas inéluctable. On est donc fondé à envisager le traitement des syndromes très anciens même avec ulcérations et troubles dystrophiques (fait connu, maladie de Raynaud). Le degré de récupération possible reste imprévisible.

***

La formule clinique générale des syndromes lésionnels comporte :

a) Des signes morphologiques décelables ou non par l'inspection, la palpation, la radiographie, etc. (1).

b) Des signes fonctionnels de lésions irréversibles, permanents ou prolongés comme la lésion elle-même dont ils ne sont que le prolongement, la continuation ;

c) Des troubles fonctionnels de projection que nous croyons être les réflexes sympathiques et auxquels le langage courant réserve à tort la dénomination de troubles fonctionnels ;

d) Parfois des signes pithiatiques, troubles fonctionnels à bases psychopathiques réversibles. *Les troubles fonctionnels, quelle qu'en soit la nature, peuvent intéresser la totalité des systèmes anatomofonctionnels de l'organisme*, les systèmes volontaire et végétatif et parmi ces derniers tous les systèmes humoraux, c'est-à-dire les liquides interstitiel, sanguin et céphalorachidien et tous les équilibres hormonaux, humoraux, physico-chimiques quelconques. Cela revient à dire que *toutes les réactions couramment utilisées en clinique peuvent être des réflexes sympathiques pathologiques* au même titre que l'impotence fonctionnelle qui bouleverse les muscles autour d'une entorse, phénomène éminemment réversible.

Cela revient à dire notamment que toutes les urémies, glycémies, wassermannémies, toutes les glycorachies, wassermannorachies, que toutes les lymphocytoses et polyglobuloses, etc., peuvent être des réflexes symathiques, des sympathoses.

(1) Les syndromes fonctionnels peuvent eux aussi présenter des signes morphologiques mis en évidence par l'inspection, la palpation, la radiographie, principalement au niveau des formations canaliculaires et de leurs orifices où ils prennent l'aspect tumoral. Telles sont entre autres ces images de pseudo-tumeurs de l'œsophage qui fondent sous l'action d'un tampon cocaïné ou d'une anesthésie générale ; telles sont ces images de tumeurs gastroduodénales avec niches et vacuoles, phénomènes de contractures parasympathiques que fait disparaître l'injection d'atropine, préparation antagoniste sympathomimétique. Ces syndromes fonctionnels peuvent eux aussi évoluer sous les couleurs du pithiatisme.

Cette conception nous a été inspirée par la clinique qui nous a permis d'enregistrer souvent :

a) Des abcès encéphaliques avec wassermann positif ou glycémie ;

b) Des poches arachnoïdiennes avec urémie ;

d) Des tumeurs avec wassermann positif (fait connu et très fréquent).

Lorsqu'il s'agit d'un syndrome médical le traitement traditionnel est mis en œuvre ; s'il échoue on redresse ou non le diagnostic. Mais s'il s'agit d'un syndrome chirurgical, l'heure chirurgicale passe et le malade trépasse. Ayant vu, très souvent, ces diverses réactions humorales se dresser contre des diagnostics et une thérapeutique qui nous paraissaient impératifs et mettre à mal des patients, nous avons été amené, peu à peu, aux suggestions qui précèdent.

Nous attirons l'attention sur ces syndromes encéphaliques considérés comme syphilitiques, en dehors de tout accident primitif, secondaire ou tertiaire, sur la foi des seules altérations du liquide céphalorachidien ou sur la seule présence de la wassermannorachie. L'un et l'autre de ces symptômes peuvent être des lésions de causes diverses et de nature syphilitique ou non, *mais le réflexe d'une lésion syphilitique ou d'un abcès est le même, il est aspécifique, il est indifférent et anonyme* (1).

Par essence *le réflexe est indifférent et anonyme.* Dans un trouble fonctionnel seul est ou peut être de même nature que la cause le segment de propagation et il guérit par le traitement spécifique, le segment restant non spécifique disparaît généralement du fait de la suppression du stimulus issu de la cause pathogène, mais pas toujours loin de là. C'est ce segment réflexe sympatique qu'influence favorablement, entre autres thérapeutiques, les infiltrations et extirpations des tissus sympathiques. Nous pensons que les autres médications qui guérissent, ponctions, transfusions, saignées, agents physiques, massages interviennent par le choc sympathique provoqué par l'action mécanique qui met en branle tous les systèmes anatomo-fonctionnels de défense.

Les professeurs Rollet et Colrat (de Lyon) ont publié une observation d'urémie cérébrale très caractéristique avec 1 gr. 20 d'urée. Au bout de quelques mois ils ont reconnu qu'il s'agissait d'un méningiome de la convexité dont l'ablation a fait disparaître tous les symptômes. Nous avons vu, entre autres, un cas de soi-disant coma urémique, avec épilepsie jacksonnienne ultérieure chez qui nous avons soupçonné, recherché et trouvé une méningite enkystée de la convexité. C'était un malade que nous avions, quinze ans auparavant, opéré et guéri de mastoïdite. Il s'agissait donc d'un processus très ancien. Nous avons diagnostiqué et drainé un abcès frontal droit chez un malade porteur de sinusite frontale bilatérale d'hémiplégie gauche et glycémique. On nous a permis d'évacuer l'abcès droit mais il y avait aussi un abcès du lobe frontal gauche prouvé par une épilepsie faciale moyenne droite. Il nous a été impossible de surmonter l'interdit médical à cause de la glycémie. Quant aux abcès encéphaliques avec wassermann positif, ils semblent presque aussi fréquents que les tumeurs avec le même signe biologique.

Il serait surprenant que le bouleversement provoqué par la formation d'une tumeur solide ou liquide (à liquide clair ou purulent) qui produit des troubles multiples du système volontaire et végétatif *épargne les centres régulateurs des équilibres physico-chimiques, humoraux ou autres.*

La lymphocytose avec polynucléose peut de même, être enregistrée à la fois en dehors de toute infection évolutive et dans les plus divers syndromes encéphaliques avec ou sans hypertension intracranienne (1), (2). Il s'agit alors d'excitations réflexes issues de lésions qui bousculent les centres régulateurs des équilibres sanguins. Ces centres exportent alors des excitations pathologiques vers les tissus effecteurs périphériques (foie, rate, ganglions, moelle osseuse). Mais ni ces viscères périphériques effecteurs de la réaction humorale, ni leurs centres régulateurs *ne sont les tissus porteurs de la lésion.* Or le problème reste le même : il consiste à éviter de diagnostiquer lésion du viscère effecteur périphérique ou de ses centres qui ne sont que *les lieux de passage où les agents de transmission* des stimulations issues de lésion à déterminer. Tinel signale qu'on admet de plus en plus l'existence de *centres sympathiques supérieurs et même corticaux.* Danielopolu attribue des *centres corticaux régulateurs*

(1) H. Aboulker, sympatho-diagnostic sympatothérapie in *Progrès Médical* n° 36, 3 septembre 1936.

(2) Etienne May. — La Régulation nerveuse de l'Hématopoïèse in Revue critique de pathologie et de thérapeutique (mai-juin 1938).

au milieu humoral dans lequel il inclut liquide interstitiel, liquide sanguin, liquide céphalorachidien (1).

A propos de ces modifications des éléments blancs et rouges du sang, *lymphocytose, polyglobulose cérébrales* on a pu se demander, il y a déjà assez lontemps, si l'on ne serait pas amené à modifier les conceptions de l'hématologie à la lumière de l'existence des centres supérieurs de ces systèmes anatomo-physiologiques (Etienne May, Roger, Olmer).

***

En ce qui concerne le liquide céphalorachidien les notions générales qui précèdent nous semblent légitimer quelques réflexions sur l'hypertension intracranienne. Elles sont basées, comme celles qui précèdent, sur la *généralisation de la notion de constitution centro-périphérique de tous les systèmes anatomo fonctionnels de l'organisme*. Nous avons appelé cette disposition *système tripartite :* centre régulateur du processus fonctionnel, tissu ou viscère périphérique effecteur du processus fonctionnel, système intermédiaire de liaison (nerfs, milieu humoral, hormonal). Nous retrouvons ainsi le mécanisme que Grasset, s'agissant des nerfs, appelait *neuronite ;* il peut et doit être étendu au système liquido-arachnoïdien. Il semble qu'on admet l'existence d'un centre supérieur dans la glande pinéale, les plexus choroïdes, la surface arachnoïde piemérienne, l'épendyme seraient les tissus effecteurs, *tissus intracraniens*, mais *périphériques et exo-encéphaliques*. Il nous semble d'ailleurs que l'embryologie confirme cette conception. Le système arachnoïdo-pie-mérien est menacé du dedans et du dehors. Par suite toute lésion quelconque de l'axe cérébrospinal est *à priori* susceptible de déterminer non seulement des lésions mais aussi des modifications réflexes de l'équilibre physique, chimique et biologique, c'est-à-dire de la quantité du liquide, de ses caractères cytologiques, de ses composants chimiques.

Par ailleurs on sait qu'un certain nombre des lésions proches ou éloignées mais surtout les premières, les lésions de la base du crâne, sont susceptibles de déterminer des modifications du liquide céphalorachidien et de l'hypertension intracranienne. Ces modifications sont de nature lésionnelle, infectieuse, tumorale, traumatique, opératoire. Cette constatation suffit à elle seule pour faire admettre l'existence de *syndromes fonctionnels réversibles correspondants superposables aux syndromes lésionnels, les sosies des syndromes lésionnels, ce que nous croyons être une loi invariable.* Ces syndromes précisément peuvent disparaître brusquement à la manière des troubles fonctionnels réflexes. Si tout ce qui précède est valable on peut se demander si l'on ne pourra pas guérir certaines hypertensions intracraniennes par l'infiltration des ganglions stellaires ou par les injections intraartérielles de scurocaïne. Les mêmes considérations méritent d'être envisagées pour l'ensemble des réflexes du système volontaire, végétatif, humoral.

***

L'étude clinique et évolutive des troubles fonctionnels réflexes semble légitimer les considérations qui suivent :

Nous avons rappelé que les lésions réalisent nécessairement un déficit fonctionnel qui, comme elles, est permanent ou au moins prolongé et, en aucun cas, brusquement ou rapidement réversible. Ce processus déclenche aussi automatiquement des réactions diverses de défense d'une part dans le tissu même ou viscère où s'est constituée la lésion et, d'autre part, dans des tissus ou viscères plus ou moins distants, adjacents ou éloignés de la lésion. Cette excitation fait ainsi passer les tissus sains périlésionnels de l'état physiologique à un état pathologique particulier. Ce que nous pouvons dire de cet état nouveau, c'est qu'il n'est nullement une lésion, c'est-à-dire une mort histologique, biologique, chimico-physique. Si nous savons bien ce qu'il n'est pas nous sommes vaguement informés de ce qu'il est. Les choses se passent comme s'il s'agissait d'une manière *d'état de stupeur, de désengrènement, de subluxation* dont nous savons *qu'il peut se réveiller, se rétablir* ou se *réduire aussi brusquement ou rapidement qu'il s'est produit.* Nous sommes fixés sur son caractère évolutif : la réversibilité brusque ou rapide et spontanée ou réalisable plus ou moins facilement par nos divers moyens thérapeutiques. Pour nous, praticiens préoccupés de soulager ou de guérir, l'essentiel est de savoir qu'il y a là un vaste secteur d'états pathologiques dont la curabilité est souvent insoupçonnée. Il ne s'agit pas de mort de tissus et de fonctions, il s'agit de *mort apparente.*

La suppression de la lésion peut suffire à faire disparaître ses effets réflexes. Quand ils subsistent, que la lésion ait été supprimée ou qu'elle reste en évolution, on est conduit par la définition du processus évolutif et de son support sympathique à diriger l'action curatrice sur le système sympathique. La sympathothérapie s'est ainsi manifestée comme un sympathodiagnostic (Leriche). Comment se fait-il que l'action des anesthésiques ne dépassant pas trois quarts d'heure le trouble réflexe reste guéri, souvent d'une façon définitive. C'est que, nous semble-t-il, sous l'influence de l'anesthésique le tonus du territoire pathologique réflexe est paralysé et que le *tonus physiologique* phénomène positif qui s'inscrit entre l'hypertonie et l'hypotonie, *réoccupe le terrain pathologique momentanément inhibé.* Le tonus physiologique nous l'envisageons comme l'ensemble des réactions de défense de l'organisme coalisées et en état de mobilisation permanente contre toute agression éventuelle quelconque. Si donc la guérison par sympathothérapie persiste c'est que de la lésion ne s'échappent plus des excitations réflexes. *La lésion a perdu son potentiel réflexogène : elle a cessé d'être évolutive, elle est fixée.* Si ces considérations étaient confirmées il en résulterait que la sympathothérapie est aussi un *sympathopronostic.* Souvent les troubles fonctionnels de lésion et la lésion elle-même sont moins gênants que les troubles fonctionnels de projection plus bruyants. Mais le caractère fréquemment spectaculaire de la sympathothérapie ne doit pas nous faire illusion et nous faire oublier la surveillance de la lésion causale. Ainsi le trouble fonctionnel classique, réflexe sympathique réversible, en apparence engendré par la lésion, créé en réalité par l'organisme en état de défense, semble s'efforcer à peine né de vivre sa vie, de se séparer de l'auteur supposé de ses jours. Il est *indépendant et autonome,* indifférent à la lésion. En outre plus le tissu ou le viscère qui porte la lésion se réduit, plus celle-ci s'étend, plus le trouble fonctionnel de propagation *permanent* devient important : il est *directement proportionnel* à la lésion. Plus le tissu encore indemne se réduit, plus son potentiel réflexogène se restreint plus le trouble fonctionnel réversible diminue. Ce trouble fonctionnel endoviscéral, *ce réflexe très court, est inversement proportionnel à la lésion.* Mais comme dans le même temps la lésion s'accroît, l'organisme appelle des forces nouvelles, s'il en possède, c'est-à-dire que les troubles fonctionnels s'intensifient au contact de la lésion : *réflexes proches, courts, para-lésionnels* et, *réflexes éloignés, longs, exo-lésionnels.* Nous pouvons donc enregistrer ainsi des *endosympathoses,* des *parasympathoses, des exosympathoses.* Le trouble fonctionnel de lésion et le trouble fonctionnel endotissulaire ou endoviscéral issus de deux segments du même tissu ou viscère réalisent, l'un par destruction dans ce segment pathogène, l'autre par inhibition, les deux manifestations qui s'additionnent, se confondent en ce symptôme clinique unique devant lequel nous piétinons. Comme le réflexe très court, le réflexe court para-lésionnel peut aussi être difficilement distingué des deux phénomènes précédents : névralgie lésionnelle d'une cardiopathie limitée, névralgie réflexe cardiaque, névralgie réflexe intercostale difficile à circonscrire et à délimiter, et enfin névralgie brachiale qui ne prête à aucune confusion. On peut de la même manière s'employer à analyser chaque symptôme.

Il est avéré qu'une otite sèche scléreuse ou cicatricielle localisée à la cavité tympanique, qu'une cicatrice de la mastoïde et du conduit auditif externe, qu'un bouchon de cérumen, qu'une irrigation du conduit peuvent déterminer un vertige réflexe. A plus forte raison une otite moyenne suppurée plus profondément évolutive semble avoir un potentiel réflexogène plus caractérisé. On a peine cependant à admettre qu'il s'agit du réflexe anodin d'une lésion qui n'est pas anodine, et qu'il peut s'agir, dans ce cas comme dans les précédents, non d'une névrite mais d'une névralgie vestibulaire et, enfin, qu'une intervention profonde ne s'impose pas *à priori.* Hommes et femmes ont fréquemment à l'époque du retour d'âge de l'hypertension artérielle et de la sclérose auriculaire avec une diminution de l'acuité auditive, des bourdonnements et du vertige à retentissements intracraniens. Il suffit de tirer sa montre, d'enregistrer le début de surdité et de rapporter les symptômes à leur cause pour éviter de prendre ce vertige réflexe anodin pour une affection encéphalique. Nous avons vraiment le diagnostic dans la poche. Il nous faut éviter de confondre une lésion banale du contenant, une petite cavité du crâne, pour une lésion grave du contenu. C'est la continuelle confusion entre le trouble fonctionnel de propagation et les réflexes très courts de projections. Par contre nous ne nous méprenons pas sur le vertige d'une sinusite, d'une affection oculaire ou gastro-hépatique. Il s'agit à la fois de ne pas prendre un vertige baso-cranien pour un vertige de lésion encéphalique quelconque et le vertige réflexe anodin d'une lésion encéphalique sérieuse quelconque (hémorragie, ramollissement, sclérose en plaques, etc.) pour une extension encéphalitique. Il s'agit d'un *réflexe, encéphalo-encéphalique* de même

(1) *Presse Médicale*, 27 avril 1938 (Danielopolu).

(2) Professeurs Roger et Olmer. — Syndromes neuro-hématiques et hématoneuraux (Masson, édit., 1938).

nature que les réflexes *cranio-craniens* (vertiges d'une sinusite, d'une cicatrice mastoïdienne ou tympanale), de même nature que les réflexes cranio-encéphalitique ou encéphalo-cranien. Car ces excitations véhiculées par le système sympathique sont diffusibles en tous sens dans l'ensemble de l'extrémité céphalique et en dehors d'elle jusque dans la cavité abdominale : vomissements des otites vertigineuses, vertiges des gastropathies, vertiges et vomissements des migraines et aussi des sinusites qui peuvent être aussi anodins que les précédents.

Le trouble fonctionnel réflexe est sans gravité en soi puisque il se sépare et se distingue de la lésion. Il tire sa gravité éventuelle de l'importance de la fonction qu'il excite ou paralyse. Parmi les réflexes de la déchirure sensitive ligamenteuse de l'entorse, le réflexe moteur et le réflexe cardio-respiratoire syncopal ne nous préoccupent pas de la même manière.

Le trouble fonctionnel réflexe état physiolytique et non histolytique, névralgique et non névritique, est un phénomène qui évolue nécessairement dans le sens de l'un des deux processus existants : l'excitation ou l'inhibition.

La lésion change de nature et de nom, elle est multinomminée ; le réflexe est anonyme. Que le ligament soit détruit par le traumatisme de l'entorse ou par une infiltration tuberculeuse, syphilitique, néoplasique, c'est toujours le même réflexe moteur d'hypotonie ou d'hypertonie, de paralysie ou de contracture. Si la lésion ou l'infiltration se propagent aux tissus voisins il ne s'agit plus de réflexes moteurs mais de myosites de nature variable à son tour éventuellement génératrice de réflexes.

En résumé le trouble fonctionnel classique est un réflexe sympathique réversible, autonome, anonyme et, par suite, multivalent au point de vue étiologique. Dès qu'il a été reconnu et distingué du symptôme de lésion il évoque comme lui une pathogénie unique et des étiologies multiples. Quel qu'il soit il incite à évoquer des causes multiples. Sans doute un symptôme quelconque lésionnel ou fonctionnel peut être plus fréquemment réalisé par une cause déterminée que par telle ou telle autre. *Mais aucun symptôme n'est* à priori *le monopole ou la représentation d'une seule pathogénie et d'une seule étiologie, d'un seul pronostic.* Il n'y a pas de symptômes pathognomoniques en l'état actuel de nos connaissances.

Le système sympathique étant présent dans toutes les cellules et tous les tissus et viscères il est compréhensible qu'il soit partie prenante ou efficiente dans tous les processus physiologiques ou pathologiques.

***

Nous avons évoqué les éventualités de réflexes cranio-craniens et crânioméningo-encéphaliques d'origine baso-cranienne, c'est-à-dire oculo-orbitaire, nasale, nasopharyngée, auriculaire.

Elles sont dominées par une double constatation :

a) L'unité de structure de la base du crâne, segment osseux uniformément aéré par l'extension à la totalité de son étendue d'un système cellulaire qui en fait l'état supérieur, le grenier des voies aériennes supérieures. Si l'on se rappelle que l'oreille est un diverticule de la fosse nasale, on peut dire que celle-ci s'infiltre dans toute la base du crâne et qu'elle sert de point d'application à la face inférieure de la totalité de la masse encéphalique. Cette unité de structure osseuse est complétée, renforcée et rendue plus homogène par l'unité d'innervation du plan osseux et de son revêtement périostique interne, la dure-mère, qui constitue les gros sinus veineux : os et périoste reçoivent une commune innervation sympathique et sensitive (1). Cette dernière est fournie accessoirement par quelques filets de l'hypoglosse et du pneumogastrique et principalement par le trijumeau. Les états pathologiques sont en définitive des syndromes facio-baso-craniens trigéllo-sympathiques. Nous y verrons se manifester comme au niveau de la face où ils sont bien connus des syndromes sensitifs presque purs (névralgie faciale essentielle), des sympathalgies assez bien différenciées, des syndromes mixtes. De ces trois formes anatomo-cliniques existent des types de localisation :

a) Facial,

b) Baso-cranien,

c) Intra-cranien : dure-mèreien, méningo-cortical et encéphalique.

En réalité il s'agit d'un seul et même système anatomique d'un syndrome centro-périphérique ou *neuronite* dont peuvent se manifester cliniquement un ou plusieurs des multiples fragments. L'existence du segment facial qui relativement saute aux yeux, facilite le diagnotic de la nature des autres fragments et permet de reconnaître les névralgies essentielles ou les sympathalgies centro-périphériques, lorsque le segment facial se manifeste le premier. Quand il est devancé dans l'évolution par les signes intra-craniens on se trouve en face d'hypothèses multiples.

L'exemple de la migraine ophtalmique et de *ses types d'accompagnement encéphalique*, syndromes sympathiques est, à cet égard, caractéristique. De même est très instructive notre observation de névralgie essentielle de la face avec névralgie violente de la dure-mère contrôlée *in situ*. Elle était accompagnée depuis quinze ans d'épilepsie jacksonnienne et d'hémiplégie hypertonique. Elle fut traitée par anesthésie du trijumeau, guérit brusquement et est restée guérie depuis neuf ans.

On connaît les types de localisation réalisés par les propagations lésionnelles intracraniennes. Ce sont les formes frontales, temporo-sphénoïdales, cérébelleuses, bulbo-protubérantielles, hypophyso-infundibulaires.

De la forme temporo-sphénoïdale qui est sus-tympano-mastoïdiennes supéro-antérieure nous avons proposé de détacher *une forme temporale interne*. C'est la région que nous appelons *la fosse septique, la fosse commune ; c'est le lieu où se rejoignent les propagations lésionnelles* de l'oreille, de la fosse nasale, du naso-pharynx, de l'œil et de l'orbite profonds. Cette forme clinique c'est *la croisée des routes pathologiques, le carrefour des quatre chemins.* Il faut souligner qu'ils aboutissent aux pieds même des flancs de l'hypophyse et du système infundibulo-tubérien, encadrés de part et d'autre par les deux fosses septiques. Or ici comme partout dans l'organisme des syndromes fonctionnels réversibles tendent à imiter les syndromes lésionnels irréversibles, à se mêler, à se superposer à eux. Dans le système céphalique ce sont des réflexes trigemello-sympathiques réversibles, sosies des lésions destructrices et incurables pris facilement pour elles.

Le professeur Barré a signalé un syndrome hypophysaire disparu brusquement à la suite d'une extraction dentaire, c'est-à-dire après une sympathectomie trigeminale. Tinel souligne que la capsule hypophysaire possède une abondante innervation sensitive.

Les lésions comportent les médications médico-chirurgicales diverses qui s'efforcent de les poursuivre, de les circonscrire, de les détruire. Les troubles fonctionnels sont justiciables, outre le traitement de la cause lésionnelle, des médications symptomatiques les plus diverses parmi lesquelles les médications sympathiques pharmacodynamiques sympatho-mimétiques ou para-sympathomimétiques ont une place de choix pathogénique. Lorsque les thérapeutiques sympathiques locales sont applicables elles donnent généralement des résultats favorables ; elles ne déçoivent que lorsqu'elles sont contre-indiquées et employées à contre-temps.

Les thérapeutiques sympathiques locales portant sur le système facio-cranio-encéphalique sont en même temps des thérapeutiques portant sur le système trigéminal puisque les deux dispositifs anatomiques sont inséparables.

Les ganglions sympathiques géniculé du facial dans le rocher, de Scarpa et de Corti dans le labyrinthe sont inaccessibles.

Les ganglions de Gasser devant l'apex rocheux, ophtalmique au fond de l'orbite, sphéno-palatin au fond de la fosse ptérygo-maxillaire et derrière la queue du cornet moyen sont mixtes trigemello-sympathiques. Le premier est difficilement accessible ; son infiltration quand on la réussit donne des résultats impressionnants, les deux autres sont mieux à notre portée.

C'est seulement dans la partie supérieure du cou par le premier ganglion sympathique cervical ou à la partie inférieure du cou par le troisième ganglion, le stellaire, que l'on peut atteindre des tissus sympathiques purs isolés de tout autre apport nerveux, en particulier sensitif trigéminal.

Il semble indiqué de s'adresser aux ganglions sphéno-palatins pour influencer les syndromes sympathiques : douloureux vaso-dilatateurs, secrétoires, trophiques, névralgies et migraines, rhinites, congestives et rhinorrhées, rhume des foins, rhinite atrophique, zona et pour les syndromes oculaires correspondants.

Il semble indiqué de s'adresser aux seconds : *a*) ganglion cervical supérieur pour l'ensemble des syndromes faciaux et encéphaliques ; *b*) ganglion stellaire pour les syndromes brachiaux et thoraciques et tous les syndromes encéphaliques.

Les injections de scurocaïne intraartérielles encore à l'étude fournissent déjà des résultats très précieux, ils étaient faciles à prévoir.

(1) Professeur Veber (de Genève), communication transmise par le professeur de Ribet (d'Alger).

(1) Syndromes trigemello-sympathiques. H. Aboulker. Revue d'oto neuro-ophtalmologie n° 7, octobre 1937 et in thèse Timsit-Alger, 1938. H. Aboulker. Syndromes baso-craniens (*Presse Médicale*, 1946).

Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie

Réunion a Bruxelles 2, 3 et 4 octobre 1946

La Société Internationale de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie a repris le cours de ses réunions interrompues par la guerre. Le 2 octobre s'est ouvert à Bruxelles un congrès organisé par le Dr Delchef, secrétaire général et sous la présidence du professeur Ombrédanne. Le premier jour, consacré aux séances administratives, s'est terminé par une brillante réception offerte par le président du congrès. Les 3 et 4 octobre ont été des séances de travail.

La question mise à l'étude était : *des opérations itératives et autres moyens tendant à l'amélioration des amputés*. Rapporteur : M. Perkins (Londres), question très vaste puisqu'elle visait aussi bien le choix des amputations, l'amélioration des moignons défectueux ou douloureux, la cinématisation et enfin l'appareillage. Au membre supérieur le rapporteur s'attache à mettre en valeur l'opération de Krukenberg (formation à l'avant-bras d'une pince se fermant en pronation) très employée en Allemagne puisqu'il a pu en examiner 600 cas à Berlin. Son grand avantage est la suppression de l'appareillage, la conservation de la sensation tactile de la peau (utilité chez les aveugles). Elle peut être employée dans les amputations doubles de l'avant-bras.

Les moignons défectueux comportent : 1° ceux qui sont douloureux avec l'appareil par mauvaise adaptation ; 2° les névromes douloureux. Le névrome devient douloureux quand il présente des adhérences à la peau ou aux muscles : ce sont les tiraillements qui rendent le névrome douloureux ; on ne doit jamais l'extirper, mais pratiquer la section du nerf au-dessus, en tissu sain ; 3° les moignons présentant une hyperesthésie de la peau, d'origine obscure, et qui résiste à toutes les interventions (ablation du névrome, section de tous les nerfs du moignon, cordotomie, opérations sympathiques). Il faut accepter qu'il y ait quelques cas qui restent douloureux par hyperesthésie diffuse de la peau ou, plus rarement, par causalgie. Dans ces cas, aucun appareil de prothèse n'est possible.

Passant à l'étude de la prothèse, M. Perkins insiste sur l'importance capitale de la rééducation. L'amputé ne doit quitter le centre de rééducation que lorsqu'on lui a appris à se servir de son appareil de manière parfaite.

Au membre supérieur, des opérations secondaires cinéplastiques peuvent être utilisées : opération de digitation de Krukenberg, boutons de traction ou tunellisation musculaire à l'avant-bras et au bras. Dans ces cas le blessé doit être soumis à un entraînement long et progressif pour l'emploi de son appareil, non seulement dans les actes de la vie courante, mais aussi dans sa vie professionnelle. C'est une nécessité sociale.

Ce rapport a été suivi d'une série de communications avec nombreuses projections et films. On peut les grouper ainsi : au sujet de *l'opération de Krukenberg*. MM. Annovazi, Delitala et Scaglietti (Italie) montrent l'avantage de pratiquer une pince très courte (digitation). M. Bentzon (Danemark) montre à quelle virtuosité un porteur de Krukenberg peut arriver par l'entraînement. MM. Delchef et van Cauvenberg (Belgique) présentent un blessé opéré de digitation d'un côté et de cinématisation du moignon de l'autre. M. Fèvre (Paris) a vu de nombreux opérés de Krukenberg en Allemagne. Dans les amputations doubles de l'avant-bras un côté est laissé sans appareil pour la préhension fine.

M. Guilleminet (Lyon) expose des procédés simples pour la restauration fonctionnelle du pouce, en particulier l'enraidissement du pouce en position de fonction par une broche de Kirschner introduite longitudinalement dans le pouce et coudée.

Il ressort de cette discussion qu'au membre supérieur l'opération de Krukenberg donne un bon résultat soit sans appareil, soit avec une main à doigts articulés pour les amputés doubles. Que les opérations de cinématisation, toujours employées en Italie, donnent des résultats à condition d'employer des appareils très légers et de pratiquer un long apprentissage de l'utilisation de l'appareil.

Au membre inférieur, M. Marconi (Italie) montre les avantages réciproques des diverses amputations de l'arrière-pied dérivées du Pirogoff. M. San Ricart (Barcelone), M. Scaglietti (Italie) montrent la possibilité d'améliorer le Chopart par une arthrorise postérieure. M. Van Assen (Hollande), dans l'amputation du gros orteil avec extirpation du premier métatarsien, rétablit la statique du pied par la transposition du deuxième orteil avec son métatarsien. M. Rocher (Bordeaux) montre la nécessité des opérations itératives chez les enfants amputés à cause de la croissance.

MM. Hendrix et Kempeneers (Bruxelles) pratiquent systématiquement l'ablation du péroné dans l'amputation de jambe. M. San Ricart (Barcelone) projette les très beaux résultats obtenus dans son centre de récupération fonctionnelle. Dans les moignons de cuisse coniques avec ulcération terminale, au lieu de faire une recoupe fémorale, il pratique une opération originale : à la partie moyenne du moignon, section circulaire étoilée de la peau. Suture longitudinale qui allonge la peau du moignon et crée au niveau de l'incision un rétrécissement circulaire favorisant la contention de l'appareil.

Appareillage. — M. Roedener (Paris) expose la position du ministère des Anciens Combattants: suppression des appareils lourds (cuir) standardisation de certaines parties des appareils, rééducation des mutilés. M. Martino Lucco (Espagne) projette un appareil pour amputés de cuisse dans lequel l'appui au sol bloque le genou. M. Scholder (Lausanne) pour les amputés de cuisse à moignon court, interpose entre l'emboitement du moignon et le genou une pièce réglable qui établit la stabilité de la hanche.

MM. Hendrix et Kempeneers (Belgique) font voir, dans un film, les méthodes qu'ils emploient dans la rééducation de la marche.

Communications particulières. — M. Lachapelle (Hollande) ostéopathies de famine, en particulier ostéomalacie avec fractures spontanées du bassin et des membres inférieurs.

M. Meyerding (U. S. A.). Traitement chirurgical des tumeurs malignes des os. (Statistique de l'Institut Mayo de Rochester.) Il insiste sur la nécessité absolue de la biopsie pour fixer le degré de malignité de la tumeur, sur l'emploi de la radiographie pulmonaire pour dépister les métastases. La survie est plus longue après les amputations qu'après la radiothérapie.

M. H. Platt (Angleterre). Etude très complète des tumeurs à cellules géantes. L'auteur insiste sur la nécessité d'un examen histologique extemporaire au cours de l'intervention pour fixer le degré de malignité et la conduite à tenir.

M. E. Sonnel (Paris) montre que l'emploi de la pénicilline dans l'ostéomyélite aiguë a amené une diminution de la mortalité, mais ne supprime pas l'emploi des résections diaphysaires et pas toujours la terminaison par ostéomyélite chronique.

M. Soeur (Bruxelles) expose les avantages de l'ostéosynthèse médullaire par broches, en particulier dans les fractures des deux os de l'avant-bras.

Pr Seddon (Oxford), très beau film radiocinématographique pour l'étude des mouvements des doigts, poignet, coude, épaule.

M. Bunns (Angleterre), film sur l'intervention dans la protrusion des disques intervertébraux.

M. Watson Jones (Angleterre). Etude de 1.053 fractures de la colonne vertébrale dans la R. A. F. Un film montre les résultats surprenants obtenus par l'entraînement physique dans le corset.

M. Pasquali (Italie). Film montrant de belles réductions de fractures du rachis obtenus par le procédé de l'auteur.

M. Merle d'Aubigné (Paris), traitement des pertes de substance des épiphyses, reconstruction par greffe — 2 cas de reconstitution de l'extrémité inférieure de l'humérus par greffe prise au bassin et de trois pertes de substance du condyle interne fémoral par greffe pédiculée de la rotule. Résultats fonctionnels parfaits.

M. Delahaye (Paris). Séquelles articulaires de la tuberculose osseuse, en particulier arthrodèse de la hanche par enfoncement de la diaphyse fémorale dans l'ilium après coxalgie grave.

M. Scaglietti (Italie) montre les excellents résultats (92 % de guérisons) obtenus par le traitement de la luxation congénitale de la hanche dès les premiers mois de la vie.

M. Jaros (Prague), dystrophie congénitale de la hanche identique chez deux jumeaux univitellins.

M. Zahradnicek (Prague) présente un appareil pour le traitement précoce de la luxation congénitale de la hanche. Dans cet appareil, la réduction s'opère progressivement par le seul poids de l'enfant.

Film sur la reposition sanglante de la luxation congénitale de la hanche chez l'adulte.

M. Gruca (Pologne) effectue dans la coxalgie en évolution une résection suivie d'une ostéotomie d'appui au bassin permettant la marche.

Nous n'insisterons pas sur les réceptions particulières qui ont eu lieu pendant le congrès ; l'hospitalité est de tradition chez nos amis belges, elle est aussi large qu'affectueuse. Mais nous devons signaler la splendide réception par le bourgmestre et la municipalité de Bruxelles qui a terminé le congrès et s'est déroulée dans les nobles salles du vieil Hôtel de Ville. Tous en gardent un souvenir émerveillé.

***

Le prochain congrès de la Société Internationale d'Orthopédie et de Traumatologie aura lieu en septembre 1948, sous la présidence du professeur Meyerding (Rochester, U. S. A.), le professeur Van Assen (Hollande) étant vice-président.

Questions mises à l'étude :

1° *Les opérations chirurgicales dans l'arthrite chronique déformante de la hanche.*

Rapporteurs à choisir en : France, Hollande, Belgique, Tchécoslovaquie, Suède ;

2° *Traitement des traumatismes fermés du rachis.*

Rapporteur à choisir en : Angleterre, Etats-Unis, Autriche, Espagne, Italie.

M. L.

XXI[e] réunion annuelle de la Société Française d'orthopédie et de traumatologie

(11 et 12 octobre 1946)

La séance inaugurale a eu lieu le vendredi 11 octobre, à 9 heures, à l'Hôpital des Enfants-Malades, sous la présidence de M. Marcel Lance.

A ses côtés avaient pris place M. le Professeur Ombrédanne, *président de la Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie, M. le Professeur* Tavernier *(de Lyon), vice-président et M.* Padovani, *secrétaire général.*

Dans l'assistance fort nombreuse on remarquait une importante participation étrangère. Citons : MM. Meyerding (de Rochester, U. S. A.) ; Delchef, Delcroix et Dupuy (de Bruxelles) ; Vanhelst (de Gand) ; Samson (de Montréal) ; Seddon (d'Oxford) ; Van Assen (de Rotterdam) ; Grucca (Pologne) ; Waldenström (de Stockholm) ; Nicod et Scholder (de Lausanne) ; Perrot et Martin-du-Pan (de Genève) ; Zaharadnicek (de Prague) ; Akif-Chakar (d'Istanbul), etc.

Après les discours du président et du secrétaire général, la séance de travail commença.

Dans l'après-midi et le deuxième jour, les séances du Congrès ont eu lieu à la Faculté de Médecine.

Résumé des rapports

Les arthrites chroniques non tuberculeuses du genou et de l'épaule. — Rapporteurs : MM. Pouyanne et Guérin (Bordeaux).

I. *Arthrites chroniques non tuberculeuses du genou.* — M. Guérin souligne tout d'abord le parti que l'on peut tirer de la radiographie, de l'arthrographie, des épreuves biologiques et de la biopsie pour établir le diagnostic de ces lésions.

Suivant leur origine, différents traitements sont indiqués ; aux arthrites post-traumatiques on opposera le repos, les injections de novocaïne, voir la sympathectomie.

Aux arthrites infectieuses conviennent, suivant l'importance des lésions, les traitements médicaux, orthopédiques ou chirurgicaux (synovectomie, résection, arthroplastie). Dans les dystrophies ostéocartilagineuses une certaine prudence doit être observée avant d'entreprendre une intervention chirurgicale intra-articulaire.

II. *Arthrites chroniques non tuberculeuses de l'épaule.* — M. Guérin montre qu'il s'agit de lésions rares dans lesquelles les déformations osseuses restent habituellement discrètes ; leur traitement relève presque toujours de l'orthopédie.

III. *Périarthrites du genou.* — M. Pouyanne rappelle que la forme habituelle en est le syndrome de Pellegrini-Stieda ; l'extirpation chirurgicale des ossifications n'est légitime que dans les formes stabilisées.

IV. *Périarthrites de l'épaule.* — M. Pouyanne les classe en périarthrites diffuses et en périarthrites localisées.

La première catégorie relève avant tout de traitements physiothérapiques et de mobilisation ou d'immobilisation.

Les périarthrites avec lésions localisées groupent un ensemble de faits assez disparates dont le caractère commun est de présenter une lésion précise de certains éléments périarticulaires : bursite avec ou sans calcification, qui représenterait pour Codman la traduction clinique d'une lésion tendineuse sous-jacente. Les ponctions de la bourse séreuse, la dilatation à l'aiguille de la calcification tendineuse, l'extirpation chirurgicale sont les procédés thérapeutiques les plus courants.

Parmi les autres altérations tendineuses on peut rencontrer également une atteinte du long biceps se traduisant par une ténosynovite. Si l'on veut obtenir un résultat dans le traitement des épaules « douloureuses », il faut se pencher avec attention sur leurs manifestations cliniques et tenter de faire avec précision le diagnostic de la lésion causale.

***

Fractures des plateaux tibiaux — M. P. Gérard-Marchant commence par préciser les limites de son rapport qui n'a trait qu'aux fractures intéressant directement la zone articulaire. Après en avoir rappelé les mécanismes habituels, il propose de classer les différents types observés en trois grands groupes : les fractures séparation, les fractures par tassement et enfin les fractures mixtes que caractérisent un mélange de séparation et de pénétration des fragments. C'est dans ce cadre anatomo-clinique qu'on peut essayer de discuter les méthodes thérapeutiques qui ont été utilisées.

L'auteur rappelle les principes directeurs des différentes méthodes orthopédiques et chirurgicales ; il discute l'opportunité de l'intervention sanglante, de l'arthrotomie systématique ou non, de la précocité ou, au contraire, du retard à apporter à l'intervention chirurgicale, de la nature de la synthèse lorsqu'un moyen de fixation est nécessaire.

Les résultats sont difficiles à apprécier, car il n'existe guère de statistiques homogènes et comparables entre elles. Les plus importantes ont trait aux méthodes orthopédiques qui assureraient de 50 à 54 % de guérisons parfaites. Les formes graves avec gros déplacement, dans lesquelles on est obligé d'intervenir, n'aboutissent pas toujours à un semblable résultat et les séquelles sont nombreuses : dénivellation des plateaux tibiaux entraînant un varus ou un valgus secondaire, mouvements de latéralité, limitation des mouvements et en particulier de la flexion qui est presque constante.

Même dans ces séquelles, une intervention bien conduite peut améliorer considérablement le blessé (relèvement d'un plateau tibial avec greffe par exemple). Dans certains cas, on a pu être amené à pratiquer une résection du genou.

Communications

Tumeurs bénignes et malignes à cellules géantes des os. — M. Meyerding (Rochester) projette un film montrant la technique qu'il utilise (évidemment de la corde-hourrage par greffons osseux) dans le traitement de ces lésions.

La cinéradiographie des articulations des membres. — M. Seddon (Oxford) présente deux films remarquables sur l'étude cinéradiographique des articulations.

Arthroplastie du genou. — Film de technique opératoire et de résultats. M. Samson (Montreal).

Arthroplastie du genou. — Film de technique. M. Charry.

Rôle trophique du greffon dans la tuberculose de la hanche. — P[r] Akif Chakar (Istanbul).

La maladie tuberculeuse osseuse est une maladie générale à localisation secondaire osseuse. — M. Blaukoff (Bruxelles).

A propos de plusieurs cas de plénostose. — P[r] Rocher.

Quelques résultats éloignés de butée ostéoplastique pour subluxations congénitales douloureuses de la hanche chez l'adulte. — MM. Loubad et Pouyanne.

Quelques résultats d'opérations de Leveuf pour pied bot congénital. — P[r] Ingelrans.

Ostéomyélite et pénicilline. — P[r] Etienne.

Aspects radiographiques de la hanche pagétique. — M. Lasserre.

Polysyndactilie du gros orteil avec hallux varus. Résultat opératoire. — M. Lasserre.

Résultats éloignés de la résection du coude pour tumeur blanche. — P[r] Incelrans et Groult.

Premières impressions sur la pénicillothérapie des tuberculoses osseuses infectées. — MM. Gallaud et R. Froyez.

Ostéite fibreuse localisée. — M. Martin du Pan.

A propos d'une guérison opératoire de Spina bifida cervical. — M. Groult.

La réduction sanglante de l'astragale dans le traitement du pied bot varus équin congénital. — M. Magnoni d'Intignano.

Enclouage du col du fémur à l'estime amélioré. — M. Magnoni d'Intignano.

Traitement de la paralysie isolée du jambier antérieur. — M. Bertrand.

Hanche au contact dans le mal de Pott lombaire. — M. Dzeli.

Etat actuel de la chimie osseuse. — M. Cartier.

Rapports mis a l'étude

Pour l'année 1947

Les opérations palliatives dans le traitement des paralysies traumatiques du membre supérieur. — MM. Merle d'Aubigné et Guilleminet.

Le traitement opératoire des pseudarthroses du col du fémur. — MM. Pierre Lance et Ch. Rocher.

Pour l'année 1948

Traitement des fractures des deux os de l'avant-bras. — MM. Fèvre et Sœur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 22 OCTOBRE 1946

Le diagnostic précoce de la paralysie infantile. — MM. R. DEBRÉ et S. THIEFFRY. — Contrairement à l'opinion courante la poliomyélite a, dès son début, des caractères suffisants pour permettre de supposer ou d'affirmer un diagnostic dès avant les paralysies. Chez l'enfant un syndrome infectieux net et brutal avec fièvre, troubles pharyngés ou digestifs s'associent à de la somnolence, de l'obnubilation intellectuelle et un syndrome méningé (raideur de la nuque, KERNING). Il y a surtout des douleurs, élément très important : spontanées (céphalée, douleurs dans les membres de la région dorso-lombaire) et provoquées (signe de Lasègue et douleur à la pression des masses musculaires).

Peu de modifications des réflexes à cette période mais quelques troubles sphinctériens.

Le liquide céphalorachidien est constamment modifié cytologiquement ; l'albuminoraehie est constante.

Un diagnostic précoce devrait permettre l'essai de toute thérapeutique efficace.

Les formes non paralytiques de la maladie de Heine-Médin. — MM. R. DEBRÉ et J. THIEFFRY. — La fréquence des formes non paralytiques, impossible à préciser est certainement très grande. En milieu épidémique elles affectent trois aspects principaux : formes catarrhales sans manifestations neurologiques (grippe d'été, pharyngite, diarrhée) ; formes nerveuses et douloureuses qui évoluent parfois suivant un type diphasique et sont remarquables par leurs manifestations algiques (céphalée, douleurs du dos) et leur sémiologie douloureuse (signe de Lasègue) et la réaction méningée ; méningite poliomyélitique pure enfin, très semblable aux méningites lymphocytaires curables.

Pour le diagnostic de ces formes non paralytiques l'étude du liquide céphalo-rachidien a une valeur considérable. Fréquemment on trouve une réaction cytologique dans les formes catarrhales et une réaction d'hypercytose et d'hyperalbuminorachie dans les formes nerveuses et douloureuses. La réaction anormale peut toutefois n'être que tardive (2e et 3e semaine) ou même n'être décelée qu'après guérison apparente.

Dans 4 cas de méningite poliomyélitique pure il y avait hyperalbuminose manifeste tardive ou une poussée secondaire d'hyperalbuminorachie qui n'a pas été retrouvée dans les autres états méningés lymphocytaires d'étiologie différente ou d'étiologie imprécisée.

On doit donc étudier avec une attention particulière le liquide céphalorachidien des sujets suspects au cours d'une épidémie.

Discussion : MM. LEMIERRE, GUILLAIN, LHERMITTE, ANDRÉ-THOMAS, BOURGUIGNON, LESNÉ.

Etude comparative sur l'action des médicaments frénateurs (Atropine, 883 F., ergotamine, yohientine, antergan, pyramidon, acide salicylique). Déductions thérapeutiques. — M. DANIELOPOLU. — L'atropine aux doses parasympathofrénatrices est un excellent médicament du choc acétylcholinique, contre les accès d'asthme et la maladie du sérum.

La méthode salicylo-alcaline massive dans le traitement de la maladie de Bouillaud est de beaucoup préférable au traitement par le pyramidon. Associée à l'antergan et au pyramidon, l'atropine bien maniée agit sur les modifications du tonus végétatif.

Le rapport acétylcholine-cholinestérase. Conditions de production du choc acétylcholinique et conditions qui le favorisent. — M. DANIELOPOLU. — Le choc acétylcholinique peut résulter de toute augmentation brusque de la valeur acétylcholinique. Il est, au contraire, entravé dans toutes les conditions qui produisent une décholinisation des tissus.

La sparganose oculaire. — M. GALLIARD. — Il s'agit d'une affection parfois très grave rencontrée en Indochine à la suite de l'emploi en médecine populaire de l'application de cataplasmes de chair de grenouille contre certaines affections oculaires. Elle est causée par un cestode, le sparganum qui, dans son cycle évolutif, a pour habitats successifs un copépode, l'estomac puis les muscles de la grenouille, ou d'autres batraciens ou de serpents, enfin l'intestin du chien et du chat. Pénétrant dans les tissus le parasite ne cause que quelques chatouillements et une gêne indolore. Il est susceptible, bien que rarement, d'être l'origine d'infections secondaires. Sa localisation est soit palpébrale, bénigne, soit orbitaire ou rétrobultaire, en ce cas très grave. La tolérance est très prolongée.

L'extirpation aisée dans le premier cas est très laborieuse dans le second et n'est jamais évidemment totale. Les injections de lugol ou d'arsénobenzènes peuvent, dans ce dernier cas, être efficaces. La prophylaxie est surtout affaire de propagande.

Citation à l'ordre de la Nation des laboratoires de contrôle de l'Académie. — Le président du Gouvernement provisoire de la République cite à l'ordre de la nation :

Les Laboratoires de Contrôle des médicaments antisyphilitiques sous la direction de M. Ch. RICHET, de M. R. COQUOIN, de M. JUSTIN-BESANÇON, de Mme Jeanne LÉVY ont contribué très efficacement pendant toute la guerre et principalement au cours des années 1942, 1943 et 1944 à l'organisation et à l'action des services de la Résistance dans tous les domaines et malgré des risques toujours plus grands, ont continué leurs activités patriotiques malgré la déportation de plusieurs de leurs chefs, donnant le plus bel exemple de courage et d'abnégation au service de la France (*J. O.* du 9 octobre 1946).

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1946

Complications nerveuses de l'avortement. — MM. MALGRAS et XAMBEU. — M. Sicard, rapporteur, insiste sur l'efficacité de la novocaïne intraveineuse.

La prévention des accidents abortifs après intervention chez la femme enceinte. — M. PERET. — Rapport de M. Sicard.

A propos de l'hypertension artérielle dans les affections du rein. Deux observations personnelles. — M. PERRIN. — M. Mallere, rapporteur.

Deux observations de microbisme latent. — M. MASMONTEIL. — Rapport de M. Petit-Dutaillis.

Ulcère peptique perforé. Suture simple. Guérison. — MM. GUENIN et PERTUISET. — M. Petit-Dutaillis, rapporteur.

L'arthrodèse au clou dans le traitement de la coxarthrie. (d'après 12 observations). — M. MERLE D'AUBIGNÉ a utilisé deux techniques : soit par arthrotomie avec décortication des surfaces articulaires, soit par enclouage extraarticulaire chez les malades âgés. Les malades marchent au bout d'un mois et, en général, marchent correctement, assez vite.

M. LANCE a observé à distance des disjonctions douloureuses de l'articulation sacro-iliaque du côté opposé à l'ankylose de la hanche.

Disjonction épiphysaire et fracture de l'extrémité inférieure du tibia. — MM. DUPONT et M. LEBEL.

Cinq cas de cancer prostatique soumis à l'action du distilbène. — M. PERRIN. — M. Michon, rapporteur, insiste sur le fait que le distilbène n'amène qu'une amélioration transitoire de l'évolution du cancer ; cette amélioration ne dépasse pas en général un an ou un an et demi.

Kyste de l'épiploon gastrosplénique. — MM. AUPINEL et DAVID.

A propos d'un cas de rupture spontanée du grand droit de l'abdomen. — MM. AUPINEL et DAVID. — M. Sauvage, rapporteur.

Reconstitution d'un condyle interne du fémur au moyen d'une rotule. — Présentation de malade. M. MERLE D'AUBIGNÉ.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES DE MEDECINE

1er *juillet*. — Mme BAYEN. — Sur un cas de polioencéphalite supérieure chronique.

Mlle COULAMY. — Que penser de la transfusion sanguine ?

M. CHENAY. — Formes nerveuses de la mononucléose infectieuse.

Mme MORAILLON. — Les septico-pyohémies post-angineuses.

M. BLANQUET. — Dix mois de pénicillinothérapie dans les hôpitaux de Rouen.

M. DENIS. — Les insuffisances surrénales chroniques sans hypotension artérielle.

M. KUPERBERG. — Splénectomie chez l'enfant.

M. Barret. — Réflexions sur un cas de pollicisation de l'index gauche.
M. Abramovicz. — Etude des tumeurs de l'ouraque.
M. Séverac. — François-Claude Garnier « Médecin des Pauvres ».
M. Saurel. — Un cas d'ostéomyélite du pubis au cours de la grossesse.
M. Poulain. — Décollements prématurés graves et apoplexies utero-placentaires.
M. Chalmet. — Dystocies par trouble de la contractilité utérine.
M. Colliard. — La détection électrique de l'ovulation (étude critique).
Mme Laine. — La survie des enfants nés de grossesse extra-utérine.
M. Cadic. — Interposition articulaire de l'épitrochlée au cours des traumatismes du coude.
M. Bodereau. — Syndrome du scalène antérieur ou cervico-branchial et son traitement.
M. Barrey. — Un cas d'actinomycose primitive du rein.
M. Boisseau. — La persistance du canal artériel.
M. Puig. — Une forme rare et actuelle d'occlusion intestinale : l'iléus alimentaire.
M. Lauga. — Anesthésie générale au *pentothol sodium.*
M. Blanchard. — Des ostéoses fibreuses type Recklinghausen.
M. Aellon. — Etude graphique des contractions du côlon sigmoïde chez l'homme.
M. Barbier. — Traitement de la luxation récidivante de l'épaule.

THESES VETERINAIRES

8 *juillet.* — M. Frouin. — Les chats sauvages et domestiques de France.
M. Roueire. — De quelques accidents du pied chez le cheval.
M. Thomas. — Contribution à l'étude de la paralysie du part chez la truie.
M. Aigle. — Traumatismes par coup de pied dans les effectifs de chevaux.
9 *juillet.* — M. Swiszczowski. — Acariose des abeilles.
M. Darracq. — L'élevage du mouton dans les Landes.
M. Goy. — Epistaxis du pur sang.

PRATIQUE MÉDICALE

Le dépistage de la tuberculose et la prophylaxie antituberculeuse dans le cadre de l'enfance et de l'adolescence par l'épreuve de la cuti-réaction à la tuberculine

Par le Docteur Bernard Laucier, Médecin Capitaine

L'épreuve de la cuti-réaction à la tuberculine a une valeur considérable pour le diagnostic de l'infection tuberculeuse.

Depuis 1935, R. Debré, M. Lelong, E. Lesné et Germaine Dreyfus-Sée ont insisté sur l'utilité incontestable des cuti-réactions successives. Comme toute réaction biologique, la réaction tuberculinique peut ne pas concorder avec les réactions cliniques. Si une réaction positive est une preuve presque infaillible d'infection tuberculeuse, on sait qu'il est indiscutablement des états où, lorsqu'il existe des lésions tuberculeuses, la réaction reste négative, nulle, comme l'a proposé M. Braum.

Cette remarque faite, la cuti-réaction à la tuberculine est le meilleur moyen pour dépister cette tuberculisation normale ou pathologique.

La tuberculisation chez l'enfant est unanimement reconnue : la tuberculose infantile est essentiellement une tuberculose de contagion.

Il ressort de cette notion, que plus tôt l'épreuve sera faite, plus tôt le virage tuberculinique, qui authentifie toujours la primo-infection maladie en signant sa nature tuberculeuse, détectera l'enfant suspect.

Des essais de dépistage de la tuberculose et de sa prophylaxie ont été pratiqués dans les écoles de Lyon et certaines du département de la Seine.

Ce dépistage a porté sur 23.000 écoliers soumis à la percuti-réaction tous les six mois jusqu'au virage, et à la radioscopie de tous les cas de primo-infection. Cet emploi systématique se montre en pratique suffisant pour déceler tous les cas de primo-infection, la radioscopie chez les percutifs positifs montre les cas avec lésions ; ces images radiologiques ont été trouvées dans 28 % des cas.

Ce même dépistage est pratiqué depuis 1942 dans les écoles prémilitaires, et a permis avec la radio systématique, de déceler les primo-infections.

D'après mes statistiques personnelles :
Enfants de 11 à 17 ans : 37 %, cuti positive.
Jeunes enfants nouvellement admis de 11 à 13 ans : 27 %.

Six mois après de vie commune et comme suite à la première épreuve, on constate chez les anciens et jeunes élèves à cuti négative un virage dans les proportions de 5 %.

Sur ce lot de sujets ayant viré, la radio systématique n'a décelé aucun cas grave.

4 seulement présentèrent les formes suivantes :
1 érythème noueux ;
1 scissurite droite décelée par la radio systématique ;
1 renforcement de la trame pulmonaire ;
1 ténosite digitale droite.

Pour l'année 1945-1946, le pourcentage positif se maintient à 42 %.

Ce taux s'élève brusquement à 60 % ou 65 % chez les jeunes recrues de l'armée ; la proportion entre citadin et rural est presque nulle.

Cette progression dans la tuberculisation des jeunes gens doit inciter l'armée à compléter l'œuvre des médecins du service social civil dans sa lutte contre la tuberculose.

Si l'épreuve de la cuti-réaction peut être continuée d'une manière suivie chez l'étudiant, chez l'ouvrier il se crée un espace de six ans entre sa sortie de l'école communale et son arrivée au régiment. On pourrait remédier à cet état de fait en prescrivant, lors de l'inscription à la préparation prémilitaire, un examen radiologique et une épreuve à la cuti-réaction.

Ce dépistage serait poursuivi pendant les deux années de préparation et parachevé dans le camp à l'appel de leur classe. Les sujets négatifs seraient surveillés attentivement par les épreuves à la cuti-réaction répétées tous les trois mois, et par la radio systématique.

Tous ces moyens conjugués pendant l'enfance et l'adolescence doivent aider à la prophylaxie de la tuberculose, en plaçant les sujets dont le virage tuberculinique a été constaté, soit dans des préventoriums, soit dans des emplois moins pénibles, enfin leur maintien dans une vie de plein air à leur arrivée au régiment.

CHRONIQUE

Le Centenaire de l'emploi de l'éther comme anesthésique

Le « News week », magazine américain paraissant à Paris, rapporte dans son numéro du 21 octobre que cette semaine, 2.000 médecins de toutes les parties du monde se réuniront à l'hôpital général de Boston (Massachusetts) pour célébrer le centième anniversaire de la première application de l'ether comme anesthésique.

Ce fut le 16 octobre 1846 qu'un jeune dentiste de Boston, William T. G. Morton, inséra un tube dans la bouche d'un malade à l'hôpital général en disant : « Respirez profondément et régulièrement » : l'autre extrémité communiquait avec un flacon contenant un liquide blanc, aromatique, dont le nom était inconnu des assistants. La salle d'opération, conservée comme un sanctuaire, porte le nom de Ether Dome.

Quelque temps après, le docteur John C. Waren enleva, devant une nombreuse assistance médicale, une tumeur du cou d'un malade qui ne fit aucune contraction et ne manifesta aucune douleur. Le chirurgien, se tournant vers son auditoire très étonné, s'écria : « Gentlemen, ce n'est pas une mystification ! »

L'éther parait avoir été connu dès le XIVe siècle (Basile Valentin). Au XVe siècle, il fut obtenu par Raymond Lulle, le philosophe espagnol, qui chauffant un mélange d'huile de vitriol et d'alcool obtint par condensation de la vapeur dégagée un liquide blanc qu'il nomma « vitriol doux ».

En 1818 Faraday reconnut les propriétés anesthésiques de l'éther.

Aux Etats-Unis, Crawford W. Long, un chirurgien de la Géorgie, fit la première opération avec anesthésie par l'éther en mars 1842, mais il ne publia cet essai que lorsqu'il connut le travail de Morton. Une controverse s'ensuivit et se termina par l'entremise de sir William Osler, qui décida qu'en science c'est l'homme qui convainc le public qui mérite la renommée et non celui qui en a eu l'idée.

Dès le printemps de 1847, le New-York Hospital et peu après les chirurgiens de l'université de Pensylvanie et du collège médical Jefferson l'employèrent également.

Malgré la découverte de nouveaux anesthésiques, on peut dire que l'éther a conservé sa suprématie pendant un siècle.

J.-M. Le Goff.

Cinquantenaire de la découverte de la radioactivité

Le cinquantenaire de la découverte de la radioactivité par Henri Becquerel a été commémoré cette semaine au Muséum d'Histoire naturelle.

La séance inaugurale a été tenue mardi, sous la présidence de M. Urbain, directeur du Muséum et membre de l'Académie de médecine.

M. Jean Becquerel, membre de l'Académie des sciences depuis 1946, a fait une conférence sur la découverte de la radioactivité.

On sait que M. J. Becquerel est le fils d'Henri Becquerel, membre, ancien président et ancien secrétaire général de l'Académie des sciences (1852-1908) ;

Le petit-fils d'Edmond Becquerel, membre et ancien président de l'Académie des sciences (1820-1891) ;

L'arrière-petit-fils d'Antoine Becquerel, membre et ancien président de l'Académie des sciences (1788-1878).

Les quatre Becquerel ont été professeurs au Muséum d'Histoire naturelle. Il appartenait au dernier représentant de cette illustre lignée de savants d'évoquer une des périodes les plus glorieuses de la vie de son père.

Nous rendrons compte de cette grande manifestation scientifique.

L.

LIVRES NOUVEAUX

Les troubles de l'innervation pharyngo-laryngée et œsophagienne, par le professeur F. J. Collet, membre correspondant de la Société de neurologie. Un volume de 320 pages avec 22 figures. Prix 300 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Aucun travail de ce genre n'avait été encore écrit en France, malgré les étroites relations de la laryngologie avec la neurologie. La seule étude des paralysies laryngées comportait déjà beaucoup d'inconnues : les images laryngoscopiques très diverses de la paralysie récurrentielle, la pathogénie de la paralysie des dilatateurs de la glotte, la situation des centres bulbaires du larynx, l'innervation cérébrale de l'organe, la part respective du pneumogastrique et du spinal, la symptomatologie de la paralysie du larynge supérieur etc.

Mais les laryngoplégies ne représentent qu'un point limité dans un vaste champ d'observation aussi une partie importante de ce livre est-elle consacrée aux questions suivantes qui pour la plupart sont essentiellement d'actualité : description des syndromes paralytiques pharyngo-laryngés, traitement opératoire de la paralysie des dilatateurs, pathogénie — remise en question — de l'ictus laryngé, névralgie du glosso-pharyngien et résultats physiologiques de la section du nerf, étude de la syringobulbie et lumière qu'elle projette sur la physiologie du tronc cérébral, troubles du tonus dans l'encéphalite épidémique, zona pharyngolaryngé, paralysies d'origine sérique, troubles vasomoteurs du larynx, œdème angioneurotique, étiologie du cardiospasme et relations avec le méga-œsophage, réflexes d'origine œsophagienne. Enfin les myoclonies pharyngo-laryngées, expression d'un trouble du fonctionnement du complexe olivo-cérébelleux sont l'objet d'un chapitre spécial.

Cet ouvrage n'est pas seulement un exposé des idées personnelles de l'auteur et des observations qu'il a amassées pendant de longues années dans ses fonctions de médecin des hôpitaux de Lyon puis de professeur de clinique oto-laryngologique ; il contient aussi une riche documentation, un millier d'indications bibliographiques, françaises ou étrangères, dont plus de cent accompagnées d'un court résumé anatomo-clinique ; aussi sera-t-il utilement consulté par les neurologistes aussi bien que par les laryngologistes.

Les maigreurs, étude clinique et physiopathologique, par L. Cornil, doyen de la Faculté de médecine ; M. Schachter, assistant à la Faculté de médecine de Marseille ; J. Vague, médecin des hôpitaux, chargé de cours à la Faculté. Un volume de 232 pages avec 18 figures. Prix 220 fr. Masson et Cie, éditeurs, 120, boulevard Saint-Germain, Paris.

Cet ouvrage est basé sur les acquisitions les plus récentes réalisées en physio-pathologie clinique des maladies de la nutrition.

Considérant, quel que soit l'avenir des investigations endocrinologiques, que l'étape purement endocrinienne des maladies de la nutrition, telle qu'elle est enseignée dans les ouvrages classiques est maintenant dépassée, les auteurs envisagent à la fois sous leurs différentes faces : les facteurs étiologiques exogènes, climatiques, alimentaires, toxi-infectieux, affectifs, ou autres encore, et endogènes sous la forme du type constitutionnel, héréditaire ou acquis — les mécanismes réactionnels par lesquels l'être vivant traduit sa sensibilité, sa résistance, ses facultés d'adaptation aux circonstances, et parmi lesquels le complexe neuro-endocrinien paraît jouer le premier rôle, — enfin les résultats morpho-psychologiques de ces réactions.

Ces résultats étant eux-mêmes une transformation du terrain et s'accomplissant à tout instant, modifient à leur tour sans cesse les réactions de l'organisme, ces phénomènes donnent à la vie l'extrême diversité et la perpétuelle transformation qui la caractérisent.

C'est dans ce sens d'une pathologie à la fois individuelle et sociale visant toutes les fonctions humaines et n'oubliant jamais de considérer l'homme sous tous ses aspects psycho-physiques, que les auteurs conçoivent l'étude des maigreurs.

Ils étudient d'abord les métabolismes des liquides, puis les échanges métaboliques au cours des maigreurs. La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à leur étude clinique et à leur étiologie. Le rôle joué par l'insuffisance alimentaire, le surmenage, les toxi-infections, les lésions neuro-hypophysaires, les atteintes neuro-endocriniennes, les troubles pluriglandulaires complexes, enfin par la constitution du malade, dans la production du syndrome maigreur, est ensuite envisagé. Un dernier chapitre est consacré aux étapes du diagnostic et à celles du traitement, dont la variété extrême est conditionnée par la multiplicité des facteurs étiologiques.

Le bacille de Koch dans la lésion tuberculeuse du poumon, par G. Canetti. Paris, Editions médicales Flammarion, 1946. (Collection de l'Institut Pasteur). **1 vol., 164 p., 44 figures.**

Si paradoxal qu'il puisse paraître, on est assez mal renseigné encore sur le comportement exact du bacille de Koch dans le poumon tuberculeux ; certains points de séjour sont connus, mais on connaît mal les étapes qui y mènent. C'est cette lacune que comble la présente étude, qui tend à compléter une connaissance chronologique par une explication en étudiant, au moyen des techniques classiques ingénieusement complétées, l'histobactériogénèse. Elle tend à préciser les rapports entre les lésions et l'état d'allergie, le rôle du bacille, quantitatif et qualitatif et sa résisance ou sa soumission aux défenses générales de l'organisme ; elle étudie le mécanisme de la virulence. Après un rappel histologique des données classiques il étudie chacun des stades lésionnels, les données expérimentales complémentaires, les rapports avec l'immunité et les conséquences qui en découlent quant à la thérapeutique et à l'évolution de ses méthodes.

Maladies de la nutrition, par J. Vidal, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. Paris, Maloine, 1946. 1 vol. 285 pages, 7 planches hors texte.

S'inspirant de la classique distinction des échanges nutritifs en trois étapes : apport, utilisation et élimination, l'auteur groupe les maladies de la nutrition selon qu'elles mettent en cause les apports alimentaires (ou les carences), les troubles d'utilisation afférant aux divers métabolismes, les troubles relevant de l'intolérance de l'organisme vis-à-vis des substances qui s'y trouvent introduites.

Un tel plan, éminemment didactique, permet à l'auteur d'étudier les diverses affections en des chapitres dont la concision, parfois laconique, n'exclut ni la fidélité du tableau, ni la possibilité pour le lecteur de compléter sa documentation à des ouvrages plus développés.

C'est dire la valeur d'enseignement d'une mise au point précieuse à la formation de l'étudiant et à l'information du praticien confirmé.

R. L.

La Médecine aux Etats-Unis de 1940 à 1946, par le Dr S. Lassalle (en coll. avec le Dr A. Gottschalk). Paris, Le François, 1946 (Collection Hippocrate).

Précieux recueil bibliographique d'ouvrages américains publiés pendant la « mise au silence » de l'occupation allemande et se rapportant aux sujets les plus divers : Pénicilline, Sulfamides, Endocrinologie, Vitamines, Hématologie, Pédiatrie, Chirurgie, etc. Il épargnera aux chercheurs de longues recherches encore trop souvent infructueuses.

R. L.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 24. — SAMEDI 9 NOVEMBRE 1946 — 119e ANNEE — Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

19, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr.; Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Médecin des Hôpitaux. — Concours normal de 1946. Sont déclarés admissibles définitifs, par ordre de mérite : MM. Paulong, Catinat, Mallet, Lesobre, Tardieu, Claisse, Mozziconacci, Dupuy, Tanret.

Concours pour six places de médecin des hôpitaux

Epreuve annuelle de titres année 1946

Jury. — MM. les docteurs : Boltanski, Perrault, Weissmann, Lelong, Worms, Harvier, Mme Roudinesco, Tzanck, Derot, Cattan, Lian, médecins ; Deniker, chirurgien honoraire.

Assistant d'électro-radiologie des hôpitaux. — Concours spécial. Sont nommés : MM. Bernard, Fischgold, May, Djian, Strouzer, Dramez.

Attaché d'électro-radiologie des hôpitaux — Concours de 1946. Jury définitif : MM. Foubert, Guénaux, Beau, Devois, Desgrez, Stuhl.

Concours spécial Concours pour trois places d'électro-radiologistes des hôpitaux

Année 1946

Jury. — MM. les docteurs Thibonneau, Porcher, Aimé, Truchot, honoraires ; Busy (Jacques), Ordioni, Beau, électro-radiologistes ; Nicaud, médecin ; Métivet, chirurgien.

Médaille d'or de l'internat en médecine (promotion d'internat 1941). — Médaille d'or : M. Maurice. — Médaille d'argent : M. Choubrac. — Accessit : M. Scherrer.

Faculté de médecine de Paris

Leçons inaugurales. — M. le Pr GUY-LAROCHE fera la leçon inaugurale de son cours de Thérapeutique le jeudi 7 novembre 1946, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

M. Etienne BERNARD, professeur de clinique de la tuberculose, fera sa leçon inaugurale le jeudi 21 novembre 1946, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

M. le Pr ALAJOUANINE fera la leçon inaugurale de son cours d'Histoire de la Médecine le mardi 26 novembre 1946, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Légion d'honneur

GUERRE

OFFICIER. — Méd. cap. Puech (S. P.).

CHEVALIER. — Pharm. chimiste Gagneraud ; méd. cap. Parant ; méd. lieut. Cliquet ; méd. cap. Gourtay et Chauvenet ; méd. lieut. Lévy-Leroy ; méd. principal de la marine Carn ; méd. cap. Villiers ; méd. lieut. Beauzamy ; méd. 1re cl. de la marine Collos et Brugère ; méd. 2e cl. de la marine Loizivit.

(J. O., 3 nov.).

Academie de pharmacie. — Tel est le nom que porte désormais la Société de pharmacie de Paris, fondée en 1903. Parmentier fut le premier président de la Société, puis Vauquelin ; parmi les présidents suivants, citons Pelletier et Caventou, deux bienfaiteurs de l'humanité, dont le monument élevé à Paris fut détruit par les Allemands.

Ce sont ensuite Cadet de Gassicourt, Henry, Pelouze, Regnault, Bouchardat, Chatin père.

La Société a compté aussi des membres illustres, Marcelin Berthelot, Moissan, Tanret, Bourquelot, Guignard, Moureu, Léger, Béhal.

Nous n'avons énuméré que quelques noms, il en faudrait citer bien davantage, car de la Société de pharmacie de Paris sont sortis d'innombrables travaux qui forment la base de la thérapeutique moderne.

L'autorité de la Société de pharmacie, déjà si grande, se trouve augmentée encore par son nouveau titre. Elle pourra, plus encore que par le passé, défendre auprès des pouvoirs publics les intérêts de la pharmacie, si intimement liés aux intérêts de la science et de la santé publique.

Prix Nobel de médecine 1946. — On annonce que le prix Nobel de médecine et de physiologie pour 1946 a été décerné au professeur Hermann J. Muller, de l'Université de Bloomington (Indiana, U. S. A.), pour ses travaux sur l'hérédité.

Cité Universitaire. — M. Lirondelle, recteur hors cadres, est chargé, à compter du 1er novembre 1946, des fonctions de délégué général à la Cité Universitaire de Paris. (Arrêté du 26 octobre 1946.)

La célébration du cinquantenaire de la mort de Pasteur

Les cérémonies du cinquantenaire auront lieu à Paris, du 18 au 25 novembre 1946. Elles se dérouleront sous la forme d'un CONGRÈS DES SCIENCES PASTORIENNES.

En voici le programme :

LUNDI 18 NOVEMBRE. — 10 heures : Reception des congressistes à l'Institut Pasteur. Visite de l'Institut Pasteur. — 15 heures : Visite à l'Ecole normale supérieure. — 17 h. 30 : Réception dans les salons du Rectorat.

MARDI 19 NOVEMBRE. — 9 h. 30 : Séance de travail au Collège de France : 1° Les maladies infectieuses, par le professeur Castex (Argentine) ; 2° L'effet Pasteur et les phénomènes biochimiques, par le professeur Engelhardt (U. R. S. S.) ; 3° Les toxines, par le professeur B. C. J. G. KNIGHT (Grande-Bretagne). — 15 heures : Conférence au Collège de France, par le professeur Judine (U. R. S. S.) : Antisepsie et asepsie.

MERCREDI 20 NOVEMBRE. — 9 h. 30 : Séance de travail au Collège de France : 1° Les maladies vétérinaires, par le professeur Galloway (Grande-Bretagne) ; 2° Les levures, par le professeur Winge (Danemark) ; 3° Les microbes du sol, par le professeur Thornton (Grande-Bretagne). — 15 heures : Conférence au Collège de France, par le

professeur Kluyver (Hollande) : Les fermentations. — 17 h. 30 : Inauguration de l'exposition sur l'œuvre de Pasteur au Palais de la Découverte. — 21 heures : **Séance solennelle au Grand Amphithéâtre de la Sorbonne,** en présence de M. le Président du Gouvernement et de MM. les Membres du corps diplomatique et des corps constitués. Allocution de M. le Ministre de l'Education nationale, de M. le Ministre de la Santé publique, de M. le Recteur, de M. le professeur Pasteur Vallery-Radot. Programme artistique avec la participation des chœurs de l'Opéra et de la musique de la Garde républicaine.

JEUDI 21 NOVEMBRE. — 9 h. 30 : Séances de travail au Collège de France : 1° Les maladies tropicales, par le professeur Da Fonseca (Brésil) ; 2° Bière et boissons fermentées, par le professeur Van Laer (Belgique) ; 3° Les bactéries, par Miss Stephenson (Grande-Bretagne). — 15 heures : **Réception à l'Académie de Médecine,** 16, rue Bonaparte, Paris (6e). — 17 h. 30 : Conférence au Collège de France, par le professeur Heidelberger (Etats-Unis) : Immunité. — 20 heures : Banquet réunissant tous les congressistes.

VENDREDI 22 NOVEMBRE. — 9 h. 30 : Séance de travail au Collège de France : 1° Les maladies des insectes, par le professeur Malenotti (Italie) ; 2° Virus et bactériophages, par le professeur Stanley (Etats-Unis) ; 3° Les substances antibiotiques, par le professeur Chain (Grande-Bretagne). — 15 heures : Conférence au Collège de France, par le professeur Bernal (Grande-Bretagne) : Dissymétrie moléculaire. — 21 heures : **Séance publique au Palais Chaillot,** sous la présidence de M. le professeur Joliot-Curie, Prix Nobel, membre de l'Institut, haut commissaire à l'énergie atomique, secrétaire de l'U. N. I. Allocutions de M. le professeur G. Teissier, directeur du Centre national de la Recherche scientifique, et de M. le professeur Jacques Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, président de l'U. N. I. Présentation d'un film inédit sur l'œuvre de Pasteur, réalisé sous la direction de M. Jean Painlevé.

SAMEDI 23 et DIMANCHE 24 NOVEMBRE. — Pèlerinage au pays de Pasteur (Dôle et Arbois).

LUNDI 25 NOVEMBRE. — 14 h. 30 : Visite des Laboratoires de l'Institut Pasteur, à Garches. — 17 h. 30 : **Réception des Congressistes par le Conseil municipal de Paris.**

A l'occasion du Congrès aura lieu au Palais de la Découverte, avenue du Président-Roosevelt, une Exposition sur l'œuvre de Pasteur.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'Union Nationale des Intellectuels, 2, rue de Sèze, Paris (9e). Téléph. Opéra 74-40 et 74-41 (Chèque postal : Paris 275-92).

EDUCATION NATIONALE

Direction de l'Hygiène scolaire et universitaire

Des postes de médecins délégués départementaux de l'Hygiène scolaire et universitaire sont actuellement vacants.

Ce sont les postes de :

BEAUVAIS (un logement prévu), pour tous autres renseignements, s'adresser à M. le Médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Paris, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e).

EVREUX (s'adresser à M. le Dr Ruff, médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Caen, 168, rue Caponnière, à Caen).

QUIMPER (s'adresser à M. le Dr Grenet, médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Rennes, 20, quai Emile-Zola, à Rennes).

NEVERS, CHAUMONT, DIJON (s'adresser à M. le Dr Pierrot, médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Dijon, 20, rue Chabot-Charay, à Dijon).

ARRAS, LAON (s'adresser à M. le Dr Gervois, médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Lille, 22, rue Saint-Jacques, à Lille).

VESOUL, BELFORT (s'adresser à M. le professeur Duvernoy faisant fonction de médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Besançon, 10, rue de la Convention, à Besançon).

Médecine préventive. — Un décret du 13 septembre 1946 publié dans le J. O. du 14 septembre (voir « Gaz. Hôp. », n° 19, 5 octobre 1946, p. 410) portait relèvement du taux de la participation de l'Etat et des étudiants aux dépenses de médecine préventive et des œuvres en faveur des étudiants.

Le J. O. du 3 novembre 1946 publie un arrêté du 30 octobre 1946 répartissant ainsi la somme globale de 175 fr., total du droit annuel versé par les étudiants, et de la participation de l'Etat.

1° Examen médical :

Vacations forfaitaires des médecins pour l'examen médical général. Répartition moyenne par étudiant ...... Fr. 20

Séances de radioscopie ou radiographie, dépense moyenne par étudiant .... Fr. 10

Examens complémentaires (radiographie, examens de laboratoire) Fr. 10

2° Service social, frais généraux Fr. 115

3° Quote-part destinées aux œuvres en faveur des étudiants.... Fr. 10

NECROLOGIE

Le Dr Bellencontre, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris, le 22 octobre 1946. Ancien président de l'Association générale des médecins de France, ancien président du Syndicat des médecins de la Seine, notre regretté confrère s'est signalé pendant de longues années par son dévouement aux œuvres professionnelles. On sait notamment que les caisses de secours de l'A. G. ont été créées sur son initiative. Par son expérience, par la netteté de ses avis autant que par sa courtoisie et sa loyauté, Bellencontre s'imposait à l'estime de tous ses confrères.

— Le Dr Henri David, professeur à l'Ecole de médecine d'Angers.

— Mme le Dr Hélène Jeandidier, médecin assistant à la Maternité de Port-Royal (Saint-Denis).

— Le Dr G. Delbès, à Périgueux.

COURS

Conférences de technique d'exploration clinique et de séméiologie élémentaire

1re, 2e, 3e, 4e et 5e conférences : du lundi 4 au vendredi 8 novembre. — M. le docteur Kourilsky, agrégé : Appareil respiratoire.

6e, 7e, 8e, 9e et 10e conférences : du lundi 11 au vendredi 15 novembre. — M. le docteur Lenègre, agrégé : Appareil circulatoire.

11e et 12e conférences : samedi 16 et lundi 18 novembre. — M. le docteur Léger, agrégé : Le rein.

13e et 14e conférences : mardi 19 et mercredi 20 novembre. — M. le professeur Cheymol : Examen des urines au lit du malade.

15e, 16e et 17e conférences, du jeudi 21 au samedi 23 novembre. — M. le docteur Huguier, agrégé : Affections chirurgicales des membres, séméiologie des affections urgentes de l'abdomen.

18e, 19e, 20e, 21e et 22e conférences, du lundi 25 novembre au vendredi 29 novembre — M. le docteur Gilbert-Dreyfus, agrégé : Tube digestif et foie.

23e, 24e, 25e, 26e et 27e conférences, du samedi 30 novembre, au jeudi 5 décembre — M. le docteur Decourt, agrégé : Système nerveux.

Les conférences auront lieu tous les jours, de 17 à 18 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole Pratique. En principe, elles sont réservées aux étudiants de 1re année.

Chaire de clinique médicale Hôpital Broussais

(Professeur Pasteur Vallery-Radot)

Une conférence sera faite à l'amphithéâtre de la clinique propédeutique de Broussais, le samedi 16 novembre, à 10 h. 45, par le professeur Navarro, de Montevideo, ancien interne des hôpitaux de Paris, sur : La vésicule fraise.

Une grande erreur alimentaire

par Edmond Lesné et Charles Richet

Depuis qu'il y a des médecins qui ont formulé les règles de l'alimentation, depuis que les physiologistes ont mesuré calories, glycides, protides et lipides, une lente orthodoxie alimentaire s'est constituée et, à peu de choses près, on admet encore les chiffres que Pettenkoffer et Voit avaient donnés pour un sujet normal, adulte dans un climat tempéré, effectuant un travail assez fort :

Glycides 500 grammes
Protides 100 grammes
Lipides 70 grammes

aliments apportant 3.000 calories, dont les 2/3 sont fournis par des glycides. Ceux-ci sont en général représentés pour les 3/4 ou les 4/5 par de l'amidon insoluble, et pour 1/4 par le sucre de canne ou les sucres des fruits.

A des nuances près, les classiques admettent ces normes. Cependant nombre de physiologistes indiquent comme optimum 1 gramme de protides par kilo de poids vif, soit chez l'adulte 70 grammes seulement de protides ; chez l'enfant et l'adolescent, la ration doit être de 1 gr. 50 par kilo.

Si le sujet effectue un gros travail musculaire, il augmentera ses glycides, aliment de travail. S'il doit lutter contre le froid il prendra davantage de graisses. La majorité des hommes de l'hémisphère occidental, bien portants et non dans la misère, s'alimentaient ainsi (dans la période d'avant-guerre), mais est-ce l'alimentation idéale ?

Malgré l'autorité de la plupart des personnes compétentes, nous ne le croyons pas. Ces chiffres indiquent ce que l'homme mange et non ce qu'il doit manger.

Nous allons indiquer successivement :

1° Que pour un nombre identique de calories, la quantité de glycides doit être diminuée au profit des protides ou des lipides ;

2° Que la proportion des glycides insolubles par rapport au glycides solubles doit être diminuée.

Avant toute discussion, remarquons ceci :

I. — Pour l'immense majorité des consommateurs un problème se pose. C'est celui de la cherté de la vie (il se posait en 1900 comme maintenant). Or, dans l'ensemble, les aliments animaux (viande, fromage, beurre, poisson et œufs), qui pratiquement ne contiennent pas de glycides, sont plus coûteux que les aliments végétaux. La popularité qu'a eue il y a une quarantaine d'années la propagande contre la viande au repas du soir est absolument caractéristique. Toutes les maîtresses de maison l'ont adoptée, en particulier dans la classe bourgeoise, et ont fini par la faire adopter malgré les réactions maritales à la table de famille. Dans l'ensemble cette différence de prix se maintient, bien que parmi les calories les plus coûteuses nous trouvons celles que fournissent laitues, tomates, aubergines, épinards, carottes. Mais cette différence de prix n'a aucun rapport avec la vérité scientifique, qui se situe sur un plan tout différent.

D'autre part, la biologie nous apprend que l'homme est un omnivore, plutôt même carnivore qu'herbivore. En effet il a à la fois molaires et canines, la longueur (relative) de son intestin est intermédiaire entre celle des équidés et celle des félins, mais surtout il se différencie des herbivores par le fait que pratiquement il ne digère pas la cellulose. La plupart des amidons *crus* et cela est encore plus important, ne sont pas digérés (marrons), ne le sont que très peu (pommes de terre) ou peu (riz et blé). Il n'y a guère que la banane, à la condition d'être blette, dont l'amidon cru soit à peu près digéré. Ce n'est donc que par un artifice (la cuisson prolongée ou le maltage des bouilies) que l'homme peut transformer cette classe de glycides, et au début de son existence il paraît certain que l'homme se nourrissait surtout des animaux de la forêt ou de la savane (du lézard au cheval de la période solutréenne) plutôt que de racines, de feuilles ou de fruits sauvages.

Le premier argument que l'on puisse donner est subjectif. On ne peut pourtant nier sa valeur. La plupart d'entre nous nous sentons plus vigoureux et mieux portants après un repas riche en lipides et en protides animales qu'après un déjeuner composé de nouilles, de pommes de terres et d'épinards.

L'homme est-il plus fort avec cette alimentation lipoprotidique ? A l'encontre de ce qu'indiquent les mystiques du végétarisme et du végétalisme, la plupart des athlètes consomment beaucoup de viande ou de préparations à jus de viande, Binet à l'Académie de médecine y a insisté il y a quelques années.

Dans le même ordre de faits, ceux que nous, médecins, considérons comme les hommes les mieux portants sont des sujets s'alimentant fort bien et en particulier ingérant protides animales et lipides à chaque repas. Dans certaines professions, chez les bouchers et charcutiers par exemple, l'alimentation est très riche et la santé est souvent remarquable.

Certains étudiants sportifs des Etats-Unis sont parmi les plus beaux types d'hommes. Or ils ingèrent 200 à 300 gr. de protides par jour et une quantité proportionnelle de lipides.

Un degré de plus et on observe que les Esquimaux, qui constituent des hommes parfaitement normaux, se nourrissent presque exclusivement de viande, de poisson et de graisse et ne prennent comme végétaux que le lichen ou les algues que peuvent contenir l'estomac des rennes ou des poissons herbivores.

Lorsqu'on donna à certains Esquimaux de la farine de seigle ou de blé, du riz, des biscuits, on vit apparaître chez eux des troubles de nutrition. De même les Islandais avaient un régime très carné auquel ils étaient adaptés (viande, lait, navets, mousses). Désirant améliorer leur régime habituel, on y introduisit des farines de céréales ; cet essai eut des conséquences désastreuses et fit apparaître des troubles de carence et de déséquilibre alimentaires jusqu'alors absents : carie dentaire, rachitisme, troubles de croissance, scorbut chronique, etc.

Les tribus pastorales d'Arabie ne s'alimentent que de lait, de fromage et de viande et sont de force et de beauté remarquables.

Dans certaines régions existent côte à côte des peuples pastoraux et des cultivateurs. Trois exemples nous sont connus : les faits de Mac Cay dans l'Inde centrale, ceux d'Orrs et Gilks dans l'Afrique orientale anglaise qui ont, pour des raisons de recrutement, comparé les recrues provenant de tribus, soit pastorales à alimentation presque exclusivement animale, soit agricoles à alimentation presque exclusivement à base de céréales. Or il n'y avait aucune comparaison. La santé, et d'après Mac Cay la longévité, étaient notablement meilleures dans les tribus pastorales.

Autre fait : l'observation de Martino, médecin italien qui a étudié les deux classes de paysans dans le Paraguay. Les uns, *campesiños* (cultivateurs) ont une alimentation à base de manioc. Les autres, *peoñes* (ou cow-boys) s'alimentent de viande et de lait presque exclusivement. Différence considérable dans leur comportement et leur santé.

Notons que dans la guerre du Chaco, l'intendance militaire fournit, d'après Martino, une alimentation ainsi composée : peu de manioc (Martino n'indique pas le nombre de grammes), viande 1 kilo et 50 gr. de maté. Aucun incident, semble-t-il, ne marqua cette alimentation qui effarerait les grands prêtres de l'orthodoxie alimentaire.

La taille a augmenté dans certaines populations (Siamois, Annamites) depuis que le régime comprend viande et poisson et ne renferme plus exclusivement du riz.

Que dit l'expérimentation animale ou humaine ?

L'expérimentation animale n'a de valeur que chez les omnivores, de fait le rat blanc et le porc. Certes nous n'ignorons pas les faits de Newburg et de Clarkson qui décèlent une hypertrophie rénale chez les rats lorsque plus de 70 % des calories sont fournis par des protides, mais, si cette hypertrophie paraît constante, il n'est pas certain qu'elle corresponde à des lésions, puisque l'addition d'urée à un régime végétarien produit la même modification.

Chez l'homme un grand nombre de physiologistes et de médecins ont tenté de s'alimenter exclusivement avec des protides ; ils ont toujours eu des troubles digestifs, qui les ont forcés à interrompre l'expérience. Mais cela signifie simplement qu'il y a eu chez ces trop scrupuleux expérimentateurs *perturbation de l'équilibre alimentaire* et qu'une alimentation exclusivement protidique sans graisse ni glycides est absurde.

Il est classique de dire : les protides et les lipides ne brûlent qu'au feu des hydrates de carbone. Cela semble exact, mais l'observation humaine montre que, réciproquement, les glycides ne brûlent qu'au feu des lipides et des protides. En effet, en 1939, le Parisien avait une glycémie de 1 gramme entre 0 gr. 90 et 1 gr. 10. De 40 à 46, la glycémie habituelle chez des sujets soumis aux restrictions, tant en ville qu'à l'hôpital, n'était plus que de 0 gr. 85, entre 0 gr. 80 et 0 gr. 90. Or la ration de glycides n'était que peu modifiée, de l'ordre de 30 % (350 gr. au lieu de 500 gr.). La diminution des lipides et des protides était notablement plus élevée, de l'ordre de 50 %.

II. Nous serons beaucoup plus brefs sur une autre hérésie, celle d'un rapport trop élevé $\frac{\text{glycides insolubles.}}{\text{glycides totaux}}$ trop élevé.

Ce rapport n'a guère attiré l'attention des biologistes.

Pourtant la digestion du saccharose et du glucose de fruits est autrement simple que celle des amidons. Les amidons doivent passer par une série de transformations ou de dégradations successives sous l'influence presque exclusive du suc pancréatique — car les aliments restent peu en contact avec la salive — ; c'est un gros travail à demander au seul ferment amylolytique du pancréas que de lui faire, chaque jour, transformer 400-450

grammes d'amidon. Chez les jeunes enfants particulièrement sensibles, la diarrhée par amylacés est extrêmement fréquente. Plus souvent encore il y a simplement ballonnement, selles acides, dyspepsie, strophulus, etc..., qui disparaissent en diminuant ou en supprimant les amylacés et en permettant l'usage de la viande et des œufs chez l'adolescent, en particulier le collégien bourré de haricots et autres féculents, de pain, etc. On observe fréquemment de la citite droite avec troubles cutanés (acné et furoncles).

Chez l'adulte les phénomènes attribuables à un excès d'amylacés : pain, farines, légumes secs, attirent moins l'attention et pourtant apparaît souvent une dyspepsie gastro-intestinale flatulente, qui peut se compliquer de troubles du métabolisme de l'eau. L'état général s'améliore et les symptômes disparaissent dès qu'on supprime, au moins en partie, les amylacés et qu'on prescrit viande, poisson et œufs.

Les vieillards, eux aussi, digèrent mal l'amidon et assimilent bien des protides animaux à moins d'une contre-indication dictée par une affection organique.

Essayons de conclure :

Avant tout, presque aussi important que la notion des calories et que celles des minima vitaux est *le grand principe de l'équilibre et de la variété alimentaire.*

Cet équilibre alimentaire n'est pas certes un point précis. Dans d'assez grandes limites il peut varier sans pour cela être perturbé. De plus il y a certes, en matière d'alimentation, une véritable « physiologie individuelle » dont il faut tenir compte. Jusqu'à présent on admettait que le rapport idéal était à peu près (en calories) de l'ordre suivant :

Glycides 60 à 70 %
Lipides 15 à 22 %

Nous croyons que ce n'est pas là l'optimum, mais qu'il y a, par addition des produits animaux et par diminution de produits végétaux, avantage à tendre vers un rapport de l'ordre suivant en calories :

Glycides 50 %
Lipides 20 à 30 %
Protides 20 à 30 %

ou sous une autre forme *plus de viande, poisson, œufs et beurre et moins de pain, de pommes de terre, de légumes secs, etc.*

Nous croyons aussi qu'il y a avantage à consommer plus de fruits, riches en glucose et de sucre de canne, que de légumes à amidon abondant fermentescible et peu digeste.

Ce que nous disons ne peut évidemment s'appliquer à la situation actuelle. Puisque les phénomènes économiques, l'impuissance gouvernementale et du marché noir contribuent à maintenir des prix excessifs, en particulier à Paris et pour les produits animaux, donc on ne peut encore changer l'alimentation médiocre que nous avons. Mais un jour viendra où, les conditions redevenant normales, on devra se demander s'il n'y a pas lieu de modifier dans ce sens l'alimentation tant dans les collectivités qu'à la table de chacun.

Evidemment ce mode alimentaire entraînerait des transformations agricoles importantes et aurait certaines conséquences économiques.

Une expérience serait à faire que l'un de nous a déjà proposée et qui a déjà été réalisée pour le lait. Elle consisterait à prendre une collectivité d'adultes ou mieux d'adolescents ou d'enfants et à leur fournir, avec un nombre identique de calories, une ration variable dans les divers éléments, la moitié de la ration étant fournie par des glycides (partie sucre et amidon) pour le premier lot, les 2/3 dans le second lot, puis à comparer leur croissanee, pondérale et staturale, leur force, leur développement intellectuel, etc. Naturellement les enfants recevant peu de glycides auraient plus de protides et de lipides. A défaut d'une aide gouvernementale, les frais pourraient être couverts par les syndicats agricoles dont l'intérêt serait manifeste.

Rappelons une fois de plus que nous n'avons pas envisagé ici l'alimentation des malades, les normes dans ce cas sont tout à fait différentes.

VARIÉTÉS

Le sucre dans l'alimentation

Comme suite à l'analyse que j'ai donnée de l'ouvrage d'Olmsted sur F. Magendie (1), je voudrais rappeler les recherches de ce savant sur le sucre dans l'alimentation.

Le 19 août 1816, Magendie présenta à l'Académie des Sciences un mémoire intitulé : *Sur les propriétés nutritives des substances qui ne renferment pas d'azote* ». Il le publia la même année « chez Méquignon-Marvis, libraire pour la partie de médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine, 9, vis-à-vis celle d'Hautefeuille » (2).

Dans ce mémoire Magendie relate ses expériences sur la valeur alimentaire du sucre.

« A cet effet, j'ai mis un petit chien âgé de 3 ans, gras et bien portant, à l'usage du sucre blanc et pur pour tout aliment et de l'eau distillée comme boisson : il avait de l'un et de l'autre à discrétion.

« Les 7 ou 8 premiers jours, il parut se trouver assez bien de ce genre de vie, il était gai, dispos, mangeait avec avidité et buvait comme de coutume. Il commença à maigrir dans la deuxième semaine, quoique son appétit fût toujours fort bon et qu'il mangeât jusqu'à 6 ou 8 onces de sucre en 24 heures.

« Ses excrétions alvines n'étaient ni fréquentes ni copieuses, en revanche celle de l'urine était assez abondante.

« La maigreur augmenta la troisième semaine, les forces diminuèrent, l'animal perdit la gaieté, l'appétit ne fut plus aussi vif. A cette époque, il se développa d'abord sur un œil, puis sur l'autre, une petite ulcération au centre de la cornée transparente, elle augmenta assez rapidement ; et au bout de quelques jours elle avait plus d'une ligne de diamètre, sa profondeur s'accrut dans les mêmes proportions ; bientôt la cornée fut entièrement perforée, et les humeurs de l'œil s'écoulèrent au dehors. Ce singulier phénomène fut accompagné d'une sécrétion abondante des glandes propres aux paupières (3).

« Cependant l'amaigrissement allait toujours croissant ; les forces se perdirent et quoique *l'animal mangeât* par jour 3 ou 4 onces de sucre, la faiblesse devint telle qu'il ne pouvait plus ni mâcher, ni avaler ; à plus forte raison tout autre mouvement était-il impossible ; il expira le trente-deuxième jour de l'expérience. J'ouvris son cadavre avec toutes les précautions convenables, j'y reconnus une absence complète de graisse, les muscles étaient réduits de plus des 5/6 de leur volume ordinaire, l'estomac et les intestins étaient aussi très diminués de volume et fortement contractés.

« La vésicule du fiel et la vessie urinaire étaient très distendues par les fluides qui leur sont propres. Je priai M. Chevreul de vouloir bien les examiner. Il leur trouva presque tous les caractères qui appartiennent à l'urine et à la bile des herbivores, c'est-à-dire que l'urine, au lieu d'être acide comme elle l'est chez les carnivores, était sensiblement alcaline, n'offrait aucune trace d'acide urique ni de phosphate..., etc.

« Un semblable résultat méritait bien d'être vérifié par de nouvelles expériences : je soumis donc un second chien au même régime que le précédent, c'est-à-dire au sucre et à l'eau distillée. Les phénomènes que j'observai furent entièrement analogues à ceux que je viens de décrire, seulement les yeux ne commencèrent à s'ulcérer que vers le vingt-cinquième jour et l'animal mourut avant qu'ils eussent le temps de se vider comme cela était arrivé chez le chien sujet de la première expérience. Du reste même amaigrissement, même faiblesse, suivis de la mort le trente-quatrième jour de l'expérience ; et, à l'ouverture de son cadavre, même état des muscles et des viscères abdominaux et surtout même caractère des excréments, de la bile et de l'urine.

« Une troisième expérience me donna des résultats tout à fait semblables et je considérai dès lors le sucre comme incapable seul de nourrir les chiens.

« *En note.* — J'ai conclu de mes expériences que le sucre ne paraît pas susceptible de pouvoir seul nourrir les chiens ; le rédacteur du journal de l'Institution Royale de Londres trouve cette conséquence en contradiction avec certains faits. « Il est connu en Angleterre, dit-il, que des individus après des naufrages ont vécu plusieurs jours (several days) n'ayant que du sucre pour aliment. » — Je ne vois pas en quoi ces faits infirment mes conclusions, car de ce que des hommes ont pu vivre

(1) Un hommage américain à la mémoire de Magendie, *Gazette des Hôpitaux*, 15 septembre 1945.

(2) Ce volume se trouve à la bibliothèque de la Faculté de Médecine de Paris, sous le n° 35271.

(3) Il s'agit d'un cas de xérophtalmie causé par l'absence dans l'alimentation de vitamine A.

quelques jours en ne mangeant que du sucre, il ne s'ensuit pas qu'ils auraient vécu longtemps de cette manière.

« D'ailleurs les animaux nourris avec du sucre n'en ressentent aucun mauvais effet avant le douzième ou le quinzième jour.

« De plus, ce n'est pas toujours impunément que l'on fait un usage excessif du sucre comme aliment.

« En décembre 1793, le vaisseau « Le Caton », de 74, étant à la mer, fit rencontre, à 300 lieues des côtes de France, d'une galiote de Hambourg qui avait été démâtée et presque entièrement coulée par une tempête : la partie de l'arrière du navire, nommée couronnement, était seule restée au-dessus de l'eau. Cinq hommes qui s'y étaient réfugiés et qui avaient résisté aux coups de mer par lesquels les autres avaient été enlevés, s'étaient nourris pendant neuf jours de sucre qui s'était trouvé dans l'une des armoires pratiquées dans le plat-bord de cet endroit. Cette substance et une très petite quantité de rhum étaient tout ce qu'ils avaient pris pour s'alimenter pendant ce temps.

« Recueillis par les embarcations du vaisseau, on leur prodigua tous les soins possibles. Cependant les trois plus âgés périrent avant la relâche du vaisseau à Lorient.

« M. Moreau de Jonnes, qui m'a communiqué ce fait et qui depuis longtemps s'occupe avec succès de l'hygiène militaire, en a été le témoin oculaire. Il était dans l'une des embarcations qui recueillirent ces malheureux, dont la faiblesse était si grande qu'à l'exception des plus jeunes ils pouvaient à peine se prêter à ce qu'il fallait faire pour quitter le navire naufragé.

« Une expérience très intéressante a été faite assez récemment par un médecin anglais nommé Stark.

« Ce médecin, voulant apprécier la propriété nutritive du sucre, s'en nourrit exclusivement pendant un mois ; mais il fut alors obligé de renoncer à ce régime. Il était devenu très faible et bouffi ; son visage présentait des taches rouges, livides, qui semblaient annoncer une ulcération profonde. Il est mort peu de temps après son expérience et les personnes qui l'ont connu pensent qu'il pourrait bien en avoir été la victime. »

Malgré les années écoulées, il m'a paru intéressant de donner cette longue citation du mémoire de Magendie. Il y a peu à y ajouter :

Linossier et Roques (1), ont trouvé de la glycosurie chez 19 sujets sains après ingestion de :

50 gammes	de saccharose	dans	10 %	des cas
100	—	—	— 16 %	—
150	—	—	— 19 %	—
200	—	—	— 29 %	—

Moi-même (comptes rendus *Acad. des Sciences*, 19 juin 1911), sur 22 personnes saines ayant ingéré 100 grammes de sucre, j'ai trouvé dans les urines de la saccharosurie et de la glycosurie dans 20 cas.

Dans la thèse Ed. G. Langemeijer (Over den invloed van Suikergebruik op den Spierarbeid (2), De l'influence du sucre sur le travail musculaire) soutenue le 15 juin 1895 à l'Université d'Amsterdam, les recherches de l'auteur ne donnent pas au sucre une influence dynamogène. Depuis quelques années, on signale l'apparition de cas de diabète consécutive à l'ingestion de sucre prescrit contre l'amaigrissement chez des sujets jeunes. De tous ces faits, de nouvelles recherches sur les divers modes d'assimilation du sucre s'imposent malgré toutes les opinions émises et acceptées d'une façon générale.

En conclusion, il semble cependant qu'on puisse admettre l'opinion si autorisée de MM. Ch. Richet et G. Marañon (3) :

« Le sucre, ou saccharose, n'est pas, à proprement parler, un aliment, ce n'est qu'un combustible. Il apporte des calories — quatre par gramme — mais c'est sa seule propriété. Le sucre (de canne ou de betteraves) n'est que saccharose pur. Il ne contient, même à l'état de traces, ni lipides, ni protides, ni vitamines et n'a que des traces de sels... » On ne doit donc pas le considérer comme un aliment véritable mais comme un adjuvant qui renforce la valeur calorigène des aliments auxquels il est associé.

J. M. Le Goff.

(1) Linossier et Roques. Contribution à l'étude de la glycosurie alimentaire chez l'homme bien portant. *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, 1895.

(2) Ed. G. Langemeijer, Over den invloed van Suikergebruik op den Spierarbeid. Amsterdam. J. Clausen, drukker van het Amsterdamsch studentencorps. Cette thèse de 123 pages, 23 figures, que j'ai pu me procurer, grâce à l'amabilité d'un ami de Rotterdam, le Dr Jo H. Van Veen, n'a pas, à ma connaissance, été citée en France.

(3) Ch. Richet et G. Maranon. Aliments et régimes, p. 191 et 1992 (J. B. Baillière, Paris 1946).

Les journées thérapeutiques de Paris

18-19 octobre 1946

sous les auspices de l'Union thérapeutique
et de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie

En 1933, l'Union Thérapeutique était fondée par un groupe de médecins, de biologistes, de thérapeutes et de pharmacologues. A eux s'étaient joints des galénistes, des chimistes, des physiothérapeutes et des hydrologues. Tous s'étaient réunis autour du professeur Loeper, promoteur de ce grand mouvement scientifique. Après avoir présidé les premières assises de l'Union, le professeur Loeper préside encore aujourd'hui l'assemblée plénière de 1946.

Cette réunion revêt une particulière importance, car elle coïncide avec la transformation de la vénérable Société de Thérapeutique qui, désormais, portera le nom de Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie.

La première journée

La séance inaugurale s'est tenue à la Faculté de Médecine de Paris, dans la noble salle du Conseil dont les magnifiques tapisseries des Gobelins, après six ans d'absence, reprennent peu à peu leur place. La salle est comble. Au bureau : M. le doyen Léon Binet, président et à sa droite M. le recteur Roussy, le professeur Loeper, le professeur Hermann, doyen de la Faculté de médecine de Lyon. A sa gauche M. le professeur Jean La Barre, de l'Université de Bruxelles ; M. le professeur Lemaire, secrétaire général ; M. le Dr Bory, président de la Société de thérapeutique.

La participation étrangère est importante. Outre le professeur La Barre, la Belgique a envoyé MM. Renaer (Louvain), Debroeck (Anvers), Vandenbroucke (Gand), Bouchaert (Courtrai), M. Lederer.

Les Etats-Unis, le professeur Barkes Beeson (Chicago).

La Grande-Bretagne, M. le professeur Mc Cance (Cambridge), M. Southwell (Londres).

L'Italie, M. le Professeur Rietti (Ferrare), MM. Meldolesi et Indovina (Catane), di Mattei (Rome).

La Suède, MM. Vahlqist (Stockholm) et Rooth (Lund).

La Suisse, MM. Hemmeler (Lausanne), Naegeli (Zurich), Glasson (Nyon), Gordonoff (Berne), Rothlin (Bâle), Jeanneret (Leysin).

Parmi les Français : MM. les Professeurs Gastinel, Guy Laroche, Harvier, Hazard, Mlle Jeanne Lévy, MM. Polonowski, Edmond Lesné, Faroy, Perrault, Rosenthal, Barthe, Mallarmé, Briskas, La Fontaine, Biancani, Tiffeneau, Chevalier, André Lesure, Bergeron, Roland Leven, etc.

De Lyon est venu le professeur Cade et de Bordeaux le professeur Broustet, MM. Savic, Minvielle, le Dr Dufour.

M. le doyen Léon Binet donna d'abord la parole à M. André Lemaire qui exposa, en un excellent rapport, le but de la réunion.

Puis M. le professeur Loeper, président de l'Union, remercia le recteur et le doyen de la bienveillance et de la compréhension dont ils ont fait preuve en s'intéressant à la reprise des travaux de l'Union.

Il salua les médecins étangers dont la présence évoque « dans cette enceinte la figure amie et chère des pays qu'ils représentent si dignement ». Il adresse des souhaits de bienvenue cordiaux aux médecins français et il s'incline devant la mémoire de nos martyrs et aussi des victimes douloureuses qui tombaient dans les pays amis.

Le président retrace ensuite l'histoire de l'Union, il rappelle les grandes questions qui furent déjà mises à l'étude. Le traitement parentéral de l'ulcère gastrique et la colibacillose ; les radiations et la cholestérine, l'hypertension artérielle et le soufre, le phosphore et les médications des globules blancs. « Personne, dit-il, n'a oublié les beaux rapports des professeurs Vincent, Bürgi, Gordonoff, Richet, Chabrol, Knud-Schraeder, Justin-Besançon, Devoto, Dustin, Hernando, Pezzi. Quelques-uns ont disparu dont nous devons saluer respectueusement la mémoire, d'autres sont morts glorieusement, dont nous admirons le courage et la fermeté.

« Cette année nous apprendrons ce qu'il faut penser du fer en thérapeutique et spécialement du fer sérique, jusqu'ici peu connu. Puis on entendra les exposés sur les aérosols. »

Avant de terminer, le président Loeper rappelle encore la dernière réunion de l'Union. Elle s'est tenue à Paris en mars 1940, en pleine guerre. Elle réunissait à Paris quatorze nations alliées,,,, représentées par « 200 congressistes communiant dans

un même sentiment, affectés d'une même tristesse, animés d'un même idéal, inquiets certes, mais non désespérés, meurtris déjà mais non abattus... »

« Notre réunion d'aujourd'hui, dit-il, est aussi belle, aussi vibrante, aussi amicale et aussi chaleureuse. Mais elle est tout illuminée par la victoire, toute sanctifiée par la Paix enfin venue parmi les hommes... »

M. le professeur Jean la Barre (de Bruxelles), avec une grande élégance, avec la chaleur de cœur que nous trouverons toujours chez nos chers amis de Belgique, parle au nom des médecins étrangers. Rappelant d'anciens congrès qui avaient mis à leur programme trop de questions, il se félicite d'assister à une réunion dont les sujets à l'étude sont bien délimités et peu nombreux. Cette formule lui paraît excellente et il en félicite les organisateurs.

M. le doyen Léon Binet, dans une allocution simple et charmante, souhaite la bienvenue dans la Faculté de Paris aux confrères venus pour travailler et pour étudier ensemble les problèmes biologiques à l'ordre du jour. En cette période, dit-il, où l'on observe tant de carences, l'étude du fer est de tout première actualité. Celle des aérosols n'est pas moins importante.

S'adressant au recteur, M. le Doyen le remercie de continuer à s'intéresser avec tant de bienveillance aux travaux de ses anciens collègues.

Puis il déclare ouvertes les Journées thérapeutiques de Paris et, tout de suite, commence l'étude de la première question :

Le fer en thérapeutique

Résumé des rapports

Les bases physiologiques de la thérapeutique martiale. — Les Prof. Hoet et Lederer (Louvain), envisageant successivement :

La répartition du fer dans l'organisme : fer hémoglobinique, fer de dépôt, fer tissulaire, fer sérique (Fontès et Thivolle) ;

L'absorption du fer : les sels inorganiques peuvent traverser la barrière intestinale ; l'expérimentation montre *in vitro* que la libération du fer alimentaire se fait en milieu acide grâce à un ferment, le fer libéré est ionisé, réduit en ions ferreux qui seront résorbés surtout dans la région pylorique en milieu acide ;

La fixation du fer : la forme bi ou trivalente importe peu si le fer est administré par voie veineuse. La fixation égale chez l'homme et la femme est accélérée par la carence, mais la saturation, loin de la freiner, l'exalte ;

L'excrétion du fer : nulle par voie intestinale, ne dépasse pas 150 γ par les urines dans les 24 heures. L'excrétion du fer injecté serait de 1,4 % pour Mac Cance et Widdowson, de 4 à 5 % pour Van Damme et pour Henriquès et Rolland ;

Le fer tissulaire comprend deux formes : fer libre et fer stable. Chez le chien, la teneur en fer libre est deux fois plus importante dans la rate que dans le foie. Le fer libre y représente environ 1/5 du fer total (fer libre + fer stable). Le cacodylate de fer administré au lapin par voie veineuse s'accumule dans le foie et la rate en grande partie sous forme de fer libre. Fer libre et fer stable s'abaissent après hémorragie, s'élèvent après hémolyse ;

La rate et le métabolisme du fer : une série d'expériences chez le chien, permettent de conclure que l'anémie après splénectomie est due à l'enlèvement du dépôt de fer constitué dans la rate. Des dosages de fer splénique effectués dans divers états pathologiques confirment que le fer de dépôt de la rate est un réservoir dans lequel l'organisme puise le fer nécessaire à l'hémopoïèse et dans lequel le fer se dépose après hémolyse ;

Le métabolisme du fer chez le nourrisson : l'anémie se produit si l'alimentation lactée se prolonge après l'épuisement des réserves en fer de l'organisme. L'expérimentation confirme ce fait clinique, chez le chien, le chlorure ferreux à dose minime enraye l'anémie alors que la même dose de fer ammoniacal est inopérante.

Le dosage du fer non hémoglobinique dans le sérum ou le plasma sanguins. — Prof. J. La Barre et le Dr J. Reuse (Bruxelles). — La mise en évidence d'une forme de fer non lié à l'hémoglobine montre d'une façon certaine qu'il existe à côté du pigment sanguin un fer circulant non hémoglobinique. A côté de la fraction acido-soluble étudiée en ordre principal, certains chercheurs ont signalé la présence de fer sous d'autres formes. Après l'examen de la méthode du dosage du fer sérique ou plasmatique par un thiocyanate alcalin, la technique colorimétrique à l'orthophénanthroline est discutée de façon détaillée.

En conclusion, si les méthodes de dosage du fer sérique ont apporté des précisions relatives à la physiopathologie et à la thérapeutique martiale, il faut reconnaître, avec Lambrechts et Plumier, que cette technique reste d'exécution et d'interprétation délicates.

Variation de fer suivant le sexe et l'âge. — Prof. Mac Cance (de Cambridge) et Dr Widdowson. — La quantité de fer contenue dans le fœtus augmente rapidement dans les derniers mois de la grossesse, ce qui explique la fréquence de l'anémie chez les prématurés qui ne peuvent compenser ce déficit en fer à l'aide de lait maternel. On a exagéré l'importance du foie comme réservoir de fer chez le très jeune animal : les porcelets élevés dans des étables maçonnées qui les empêchent de fouiller le sol sont très exposés à une anémie lactée grave qui ne guérit que par l'administration de fer.

Chez certains animaux (rats, souris), les femelles accumulent de grosses quantités de fer à l'approche de la maturité sexuelle. Diverses expériences ont tenté d'établir chez des animaux castrés les rapports de ces variations avec l'administration d'hormones sexuelles.

Les besoins en fer de la femme sont plus grands pendant la grossesse et leur taux d'hémoglobine diminue. Après avoir initialement conçlu au caractère pathologique de ces modifications, les auteurs admettent qu'elles sont d'ordre purement physiologique.

Etude du métabolisme du fer à l'aide d'un isotome radioactif. — Prof. A. Vannotti (de Lausanne). — Le fer radioactif, présentant des caractères chimiques identiques à ceux du fer, a été utilisé ces dernières années du fait de sa propriété physique de radioactivité comme élément de choix dans l'étude du métabolisme du fer. L'auteur en tire les conclusions suivantes :

La résorption du fer relevant de mécanismes complexes peut être inhibée dans les lésions du tube digestif et dans ce cas doit être remplacée ou renforcée par un traitement parentéral, de préférence de fer trivalent (20 à 40 mmgr.) ;

La résorption du fer alimentaire dépend des nécessités de l'organisme et de l'hyposidérose tissulaire ;

Le foie joue le rôle principal dans le métabolisme du fer, il sert comme organe de dépôt du fer et comme organe d'excrétion.

Le double circuit entérohépatique du fer est un mécanisme biologique important, nécessaire à la réutilisation du fer par l'organisme ;

La rate ne joue qu'un rôle secondaire ; c'est essentiellement un organe de dépôt ;

Le rein, organe de régulation, peut éliminer du fer si le taux du fer sérique s'élève brusquement trop haut ;

Le fer joue un rôle essentiel dans les tissus, soit comme constituant cellulaire, soit comme élément indispensable de la respiration cellulaire par les hémines tissulaires ; il est intimement lié à la fonction d'autres enzymes, les deshydrases, dont les coferments sont certaines vitamines du groupe B.

La voie digestive et l'absorption du fer. — Prof. Vahlquist (de Stockholm). — Les travaux récents ont montré que le pouvoir d'excrétion martiale de l'organisme est pratiquement négligeable. La teneur de l'organisme en fer est, par conséquent, uniquement déterminée par le degré d'absorption.

Le fer est résorbé non seulement au niveau du duodénum et de la partie inférieure du jéjunum, mais aussi au niveau de l'estomac.

La quantité de fer absorbée est déterminée par : les caractéristiques chimiques du fer (seul le fer bivalent est absorbé), la quantité de fer administrée, le temps de contact et les muqueuses de l'estomac et de l'intestin, le fonctionnement physiologique des muqueuses gastro-intestinales.

Les sels solubles de fer sont résorbés même en l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, tandis que l'absorption du fer des aliments dépend grandement de l'acide gastrique et, semble-t-il, également de la bile.

Certains autres facteurs alimentaires sont à retenir : l'acide phytique a un effet inhibiteur, l'acide ascorbique un effet stimulant.

Fer et acide ascorbique, Prof. T. Gordonoff (de Berne). — Parmi les produits utilisés en thérapeutique martiale, le meilleur et le fer ascorbique.

Le fer bivalent se résorbe plus vite, la muqueuse des achyliques est capable de le résorber ; aussi doit-il être employé dans tous les traitements à base de fer. Pour le stabiliser et éviter son oxydation facile, on a utilisé différentes méthodes. L'acide ascorbique, grâce à ses capacités réductrices, est le meilleur stabilisateur ; il a en outre une action nette sur la formation des globules rouges et de l'hémoglobine.

Les injections parentérales de fer. — Prof. Hazard et le Dr Lafontaine. — La thérapeutique martiale perorale garde ses indications dans la plupart des anémies ferriprives ; cependant si

l'intolérance digestive absolue, un trouble grave de l'assimilation rendent impossible la voie digestive, la voie parentérale d'action immédiate et directe s'impose. Si l'intolérance ou le défaut d'assimilation sont relatifs, le traitement parentéral active la résorption digestive du fer et y adjoint un effet médullo-stimulant.

La thérapeutique martiale parentérale, en court-circuitant l'assimilation entéro-hépatique, met à la disposition de l'organisme un fer actif directement utilisable. Elle donne de bons résultats dans l'asidérose, même sans anémie, dans certains états infectieux, certains états dépressifs, quelques dysfonctionnements hormonaux peut-être. Elle peut enfin stimuler ou bloquer le système réticulo-endothélial.

Expérimentalement les sels ferriques ont surtout une action constructive, les sels ferreux une action surtout biocatalytique. Pour réduire la toxicité du fer surtout à l'état réduit, il faut chercher à la fixer dans une molécule qui le libère lentement dans l'organisme : c'est ce qui a été réalisé avec les acides-alcools ou dans le cacodylate. La voie veineuse la plus utilisée ne permet guère de donner plus d'un centigramme de fer par injection. Les accidents sont bénins si le produit est pur, l'injection lente. Tous les auteurs admettent que le fer parentéral, dont le mode d'administration idéal reste à déterminer, exerce une action biocatalytique plus nette que celle du fer peroral.

La surveillance hématologique de la thérapeutique martiale. — Prof. Rietti (de Ferrare). — Le contrôle de l'action du fer médicamenteux sur les phénomènes de déficit en hémoglobine et en fer sérique s'étend non seulement aux maladies du sang mais aussi à certains états d'hyposidérose cellulaire caractérisés par les troubles des phanères et des muqueuses. Après un court résumé de quelques notions récentes de physio-pathologie l'auteur expose les procédés de surveillances hématologiques et décrit les méthodes d'interprétation plus délicate. Il étudie l'action du fer sur les symptômes hématologiques de l'anémie hypochrome et de divers syndromes d'hypo-sidérose.

L'anémie infectieuse n'est pas une anémie par carence de fer. Sur la base de données de l'allergie expérimentale, l'influence d'une sensibilisation pourrait expliquer les troubles du métabolisme martial dans les infections.

Le fer a pu augmenter la résistance globulaire d'anémie hémolytique et peut avoir une action favorable dans le syndrome de Banti.

Au cours du traitement de l'anémie pernicieuse par la méthode de Wipple on peut observer une anémie hypochrome commandant le traitement ferrique. Il en est de même dans certains cas de sprue traités par l'acide folique.

Le fer des eaux minérales. — Mme le Prof. Blanquet, de Clermont-Ferrand. — Les nombreuses sources d'eaux minérales ferrugineuses contiennent du fer à faibles doses, à l'état d'ions libres ferreux. Il s'agit surtout d'eaux ferrugineuses bicarbonatées calciques parfois sulfatées ou chlorurées calciques.

Ces eaux sont instables et donnent au contact de l'air de l'oxyde ferrique, ce qui rend indispensable les procédés spéciaux d'embouteillage. L'action pharmaco-dynamique d'une eau ferrugineuse bicarbonatée calcique moyenne sur des lots de rats blancs anémiés est différente suivant qu'on administre de l'eau floculée ou non floculée, cette dernière seule étant active.

Les eaux minérales ferrugineuses consituent donc une gamme de médicaments variés qui peuvent être administrés sous formes : d'ions ferreux avant oxydation ou d'oxyde ferrique pendant leur floculation.

Communications

Considérations concernant la différence entre le fer sérique chez l'homme et chez la femme. — Dr M. Renaer (Louvain). — Certains auteurs ont admis que la sidérémie est moins élevée chez la femme que chez l'homme du fait de la déperdition de fer résultant de la menstruation. S'il en était ainsi, la résorption et la fixation du fer seraient plus grandes chez la femme, or les recherches de l'auteur les montrent à peu près égales dans les deux sexes.

La résorption et la fixation du fer après une cure prolongée au chlorure ferreux. — Une épreuve de résorption avant et après une cure prolongée au chlorure ferreux n'a montré à M. Renaer qu'un faible changement dans l'intensité de la résorption.

Une courbe de fixation faite dans les mêmes conditions a montré une accélération de la fixation après la cure.

Action comparée du fer et du cuivre sur les hématies. — MM. Lesné et Briskas. — Des recherches cliniques et expérimentales ont conduit les auteurs à des déductions thérapeutiques. Le fer et le cuivre jouant dans l'organisme des rôles synergiques et fondamentaux, il est indiqué de les employer simultanément dans le traitement des anémies par déséquilibre et carence alimentaire.

Le fer dans les traitements de l'inflammation. — Dr Naegeli (Zurich). — Le taux du fer sérique étant abaissé en cas d'infection, une thérapeutique martiale paraît indiquée pour soutenir la défense de l'organisme. L'introduction de fer bivalent par voie veineuse à raison de 2 mgrs par demi-minute, donne une réaction générale passagère (chaleur de la tête, rougeur de la face, nausées) qui est suivie d'une réaction locale dont la caractéristique est une inversion complète et rapide du processus inflammatoire qui se manifeste immédiatement.

Les eaux minérales ferrugineuses de la région lorraine. — Prof. Maurice Perrin (Nancy). — L'auteur passe en revue les sources grandes et petites de cette région et signale leurs destinées très diverses.

Le fer et ses associations thérapeutiques en pédiatrie. — Dr Albéric Boudry (La Bourboule). — Le cuivre, le manganèse, l'arsenic organique atoxique et hydrominéral peuvent être associés au fer dont ils renforcent l'action thérapeutique, de même que l'acide chlorhydrique, la chlorophylle, l'acide ascorbique dont l'auteur donne les principales indications.

Le fer et le cuivre sériques dans l'anémie benzolique. — MM. A. Lafontaine et M. Gaultier (Paris). — On trouve dans l'anémie benzolique une élévation considérable de la sidérémie, nette de la cuprémie : cette perturbation n'est pas due à une action directe du benzol, mais bien au déséquilibre hémopoiétique. Il s'agit plutôt d'une hémolyse que d'un déficit d'utilisation ou d'une mobilisation des dépôts. Cette hypersidérémie est fonction de la gravité du cas, elle peut disparaître si la moelle se régénère et l'anémie guérit. Les injections intraveineuses de cacodylate ferrique n'améliorent pas l'anémie benzolique.

Les variations de la cuprémie paraissent dépendre moins de l'anémie que de la défense contre l'intoxication.

Action hypotensive de la vitamine A en injections intramusculaires. — MM. Bruel et Lecoq.

Effets antitoxi-infectieux d'un dérivé de la désoxycorticostérone. — Dr Wahl (Marseille).

Discussion des rapports

M. Hoet indique l'importance du dosage du fer dans la rate après splénectomie, ce peut être l'indication d'une thérapeutique martiale intense pour éviter l'anémie secondaire à l'intervention.

MM. Rothlin, Lederer, Mac Cance, Vahoquist et Polonowski discutent du fer labile, du fer stable et de ses rapports avec la ferritine.

M. Hemmeler, a propos de la régulation du métabolisme du fer, discute l'opinion de Wipple et Granick selon lesquels la régulation dépendrait de l'existence ou non de carence en ferritine au niveau de la muqueuse duodénale, la carence favorisant une résorption locale. Il souligne le rôle du système neuro-végétatif auquel on peut imputer les variations nycthémérales du fer sérique avec un abaissement moyen de 30 γ % du matin au soir, mais pouvant varier de 180 à 60 γ %. Dans les états vagotoniques le fer est élevé, dans les état sympathicotoniques il est abaissé ; le traitement peut atténuer ces oscillations chez les amphotoniques. On doit encore faire jouer un rôle au système hormonal sexuel et peut-être hypophysaire (résorption très faible dans la maladie de Simmonds). Le centre de régulation pourrait être disencéphalique et agir par l'intermédiaire du système hormonal et neuro-végétatif.

M. Vahlquist revient sur l'influence du facteur hormonal : jusqu'à la puberté le fer sérique s'élève parallèlement chez l'homme et chez la femme, il est ensuite stationnaire chez la femme, tandis qu'il continue à s'élever chez l'homme. Après 50 ans, les courbes s'abaissent en convergeant. Il insiste sur les variations journalières particulièrement au cours des hépatites, des anémies pernicieuses et chez les tuberculeux.

M. Le Sourd.

***

Le deuxième jour a eu lieu la séance inaugurale de la Société de thérapeutique et de pharmacodynamie. Cette séance était présidée par M. le doyen Binet, assisté de M. le professeur Loeper, de M. le Dr L. Bory, président de la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie, du professeur Ernest Rothlin (de Bâle) et du Dr Laemmer, secrétaire général. Le doyen de la Faculté de Pharmacie, M. René Fabre, s'était fait représenter.

M. L. Bory, dans un excellent discours, exposa les raisons de la transformation de la Société, dont le champ de travail se trouve élargi de la façon la plus heureuse.

M. Laemmer, secrétaire général, fit un rapide historique de la Société de Thérapeutique fondée en 1866 par Pidoux. Il adressa un pieux souvenir à la mémoire de Bardet qui en fut l'animateur, et à la mémoire du bien regretté Gabriel Levers qui, de 1913 à 1939, se consacra avec tant de dévouement à la Société de Thérapeutique. Après la mise en sommeil de la Société pendant les heures douloureuses de l'occupation, la Société de Thérapeutique et de Pharmacodynamie reprend ses travaux avec plus d'ardeur que jamais.

Le Bulletin de la Société devient enfin une belle revue : « Thérapie ».

M. le professeur Rothlin (de Bâle) apporte le salut des confrères étrangers, il se félicite d' « assister au mariage » de la Thérapeutique et de la Pharmacodynamie. Il sera heureux de voir des liens scientifiques plus étroits se former entre la France et les autres pays. Il rappelle les visites échangées naguère et il espère que ces visites se renouvelleront dans la même cordialité.

M. le doyen Binet prend alors la parole. Grâce à vos travaux, dit-il, la Thérapeutique et la Pharmacodynamie se sont imposées au corps médical. Les étudiants en sentent toute l'importance. Ils comprennent qu'on ne saurait admettre un médecin n'ayant pas une connaissance parfaite de la thérapeutique. La Faculté prépare d'ailleurs, dans ce sens, un enseignement post-scolaire. Il est très important de travailler sérieusement la thérapeutique et de lutter contre le scepticisme. Les étudiants partis avec la 1re armée ont donné à ce sujet un magnifique exemple. Après une préparation rapide à laquelle ils se sont donnés avec ardeur, ils ont pu constituer ces merveilleuses équipes de transfusion et de réanimation qui ont rendu tant de services en Allemagne. M. le Doyen adresse un salut cordial aux animateurs de la Société et la séance de travail commence par l'exposé de M. Bory sur *les aérosols et la voie pulmonaire en thérapeutique*.

Les aérosols

La voie pulmonaire en thérapeutique et les aérosols. — M. Bory qui, dès 1922, préconisait l'atmothérapie, souligne que désormais tout médicament devra être étudié par cette voie, aussi bien que par la voie orale ou parentérale.

Le Pharmacien Colonel P. Bruère fait l'étude historique des aérosols, terme qui doit être réservé aux « seuls microbrouillards secs ». Il insiste sur le rôle qu'ils devront prendre en thérapeutique et en hygiène.

Résumé des rapports

Bases physiologiques de la thérapeutique par les aérosols. — M. Léon Binet rappelle successivement le rôle des conduits aériens, leurs pouvoirs *broncho-sécréteur* et *broncho-moteur* surtout, et la physiologie du champ alvéolaire qui a un double intérêt : une grande surface d'absorption : 90 m², un contact immédiat avec la circulation artérielle.

Il a réalisé dans son service, à Necker, des compresseurs pour aérosols collectifs et individuels et, en 1939-40, des postes mobiles par interposition de pulvérisateurs sur des obus à oxygène.

L'auteur souligne l'intérêt de la médication soufrée (aérosols à hyposulfite de soude) et les résultats particulièrement intéressants qu'il a obtenus dans quelques cas de tuberculose pulmonaire grave traités par les aérosols de vitamine D_2 (5 mgrs trois fois par jour) sans avoir jamais d'accidents d'hypervitaminose.

Physique, mesure, dosage, appareillage des aérosols. — MM. Dognon et Delaville. — La formation artificielle des aérosols est produite par désintégration mécanique ou par vaporisation suivie de condensation réalisée soit par les gaz sous pression, soit par compression du liquide, soit par la pulvérisation mécanique sans compression du liquide.

1° Les gouttelettes doivent être de faible diamètre (de l'ordre du micron ou d'une fraction de micron), sphériques et de tension superficielle très élevée ;

2° Elles ont une charge électrique élevée qui, étant identique pour toutes les particules, s'oppose à leur réunion et assure ainsi la stabilité du brouillard ;

3° Un tel brouillard pénètre à la façon d'un gaz dans tous les interstices et ne mouille pas les parois qu'il baigne ;

4° Il peut traverser une couche liquidienne de quelques centimètres d'épaisseur et en ressortir comme le ferait un gaz.

L'extrême division des substances dispersées dans les aérosols confère une grande activité physico-chimique.

Les aérosols en thérapeutique. MM. E. et H. Biancani et R. Tiffeneau. — Les auteurs exposent successivement : la pénétration, la fixation et la résorption des aérosols dans le poumon ; leur pharmacodynamie générale ; leur pharmacodynamie spéciale ; la posologie de l'administration des aérosols en thérapeutique ; les résultats thérapeutiques dans les affections des voies respiratoires.

Les auteurs exposent, tant au point de vue quantitatif que du point de vue qualitatif, en quoi les effets locaux (pulmonaires) et généraux des agents pharmacodynamiques, administrés par la voie aérienne sous forme d'aérosols, diffèrent des effets locaux et généraux qu'exercent les mêmes agents pharmacodynamiques, lorsque ceux-ci sont introduits dans l'organisme par une autre voie.

Les aérosols en thérapeutique hydro-minérale et climatique. — MM. Justin-Besançon et Ch. Debray indiquent l'intérêt des aérosols d'eau minérale dans le traitement des affections oto-rhino-laryngologiques et de certaines affections pulmonaires. Ces aérosols thermaux peuvent être également utilisés pour faire pénétrer le médicament thermal dans la petite circulation et obtenir un effet général.

En climatologie, les A. naturels importants à connaître sont formés :

De poussières inorganiques en suspension (charbon en particulier) surtout abondantes dans l'atmosphère des villes, cause de diverses pneumokonioses et favorisant la formation des brouillards ;

Et de poussières organiques (A. microbiens qui jouent un grand rôle dans la propagation des épidémies ; A. d'allergènes cause de certains accidents allergiques). A côté de ces A. néfastes, il faut aussi faire une place aux A. bienfaisants (A marin, A. sylvestre).

Les aérosols en hygiène industrielle. — M. Barthe : la pathogénie industrielle est une forme involontaire de pathologie expérimentale.

— A. en particules solides : *poussières et fumées.* Depuis le travail des minéraux jusqu'à l'arco-soudure, il y a place pour une infinité d'observations.

— A. en particules liquides : micro-brouillards. Nuisances industrielles extérieures à l'usine, telle l'affaire des brouillards de la Meuse en 1930 ; mais aussi maladies professionnelles (peinture au pistolet).

L'auteur rapproche de ces faits les observations qui dans les ateliers de préparation de l'aminothiazol, ont conduit à l'utilisation de ce corps comme hypothyréosant. De même l'observation du syndrome de Milkmann dans l'industrie du cadmium.

Quelques contributions américaines à la pratique des aérosols. — M. Barker Beeson, de Chicago.

1° *A. de pénicilline.* — Barach et ses collaborateurs ont obtenu des résultats intéressants dans l'asthme, des bronchectasies avec ou sans abcès chronique, la sclérose pulmonaire et l'abcès aigu du poumon avec la pénicilline aérosolisée par passage d'oxygène.

Vermilya a traité, avec de bons résultats, diverses affections des voies aériennes supérieures.

2° *Les A. de sulfonamides, de pénicilline, d'aminophylline* ont été employés par Prigal et Speer d'une part et par Chapple et Lynch d'autre part.

3° *Les A. broncho-dilatateurs* ont donné des résultats appréciables à Segal dans le traitement de maladies cardio-pulmonaires.

4° *La sulfone promine a été employée* par Edlin et ses collaborateurs dans la tuberculose pulmonaire. Ils ont obtenu une certaine amélioration dans les formes infiltrantes aves bacilloscopie positive.

5° *Les aérosols en hydrologie* se sont révélés d'un usage commode et dépourvus de danger.

6° L'action bactéricide des *aérosols de glycol* a pu être recommandée pour la stérilisation de l'air.

Communications

1° Appareillage, physique et physiologie. — M. Halpern expose les avantages des aérosols pour l'étude de la bronchomotricité. L'auteur précise les conditions expérimentales qui en font une technique d'investigation et d'analyse d'une aisance et d'une spécificité remarquables.

M. R. Tiffeneau décrit un appareil qu'il a conçu permettant de produire des aérosols de « densité variable ».

M. Duffour a fait construire un appareil produisant de façon continue et contrôlable des aérosols stables et de qualités variables selon les besoins du malade.

M. R. Wolfer (Zurich) rapporte les bons résultats de quinze ans de traitement de l'asthme par les inhalations de substances médicamenteuses nébulisées ; il préconise une solution adrénalino-éphédrinique stabilisée et de haute concentration.

M. A. Bécart (Paris). — Présentation d'un appareil à aérosols médicamenteux.

2° L'aérosolthérapie. — MM. P. Broustet, R. Saric, H. Mainvielle et Mlle Monié (Bordeaux) résument leur expérience du traitement de l'asthme bronchique par les aérosols et *en donnent les résultats :* d'une façon générale, l'inhalation des aérosols d'aleudrine ou d'un mélange d'atropine et d'aleudrine, est le meilleur moyen de combattre et généralement de supprimer la dyspnée d'origine asthmatique. Par contre les aérosols ne semblent pas avoir d'action sur la maladie asthmatique elle-même.

MM. Minet, Gernez, H. Warembourg, M. Fontan et A. Bonduelle (Lille) ont préconisé l'emploi de la pénicilline sous forme d'aérosols, qui permettent une administration subcontinue plus facile que la perfusion.

MM. J. Minet, M. Fontan et A. Bonduelle ont utilisé les A. d'ichtyol dans les expectorations broncho-pulmonaires chroniques.

MM. R. Benda, F. Franchel, J. Cartier et R. Galby ont traité par des aérosols de pénicilline 22 cas d'affections broncho-pulmonaires.

Sur 14 cas d'abcès du poumon, il y a eu 11 résultats favorables et 3 échecs ; sur 5 cas de dilatations des bronches, 4 résultats favorables et 1 échec ; 2 cas d'asthme ont été très améliorés.

Cette méthode simple constitue au minimum un excellent traitement pré et post-opératoire.

Quelques résultats expérimentaux concernant les aérosols sulfamidés. — MM. D. Bargeton (Paris) et Jean Cottet (Evian) :

1° Un appareillage simple permet d'obtenir, à partir d'une solution de paraminophénylsulfamide à 25 %, dans l'acétate d'acétylaminoéthanol, des aérosols sulfamidés contenant environ 1,5 mg. de sulfamide par litre d'air ;

2° L'inhalation d'aérosols sulfamidés permet d'obtenir chez l'animal une charge élective du poumon en sulfamide, la concentration du médicament y étant cinq à dix fois plus forte que dans le reste du corps ;

3° L'inhalation d'aérosols sulfamidés prévient l'infection pneumococcique expérimentale de la souris, de façon plus efficace que l'administration buccale, même à doses énormes.

Essai de traitement de la tuberculose pulmonaire par les aérosols. — M. Poumailloux (Paris). — L'auteur rapporte les résultats obtenus au cours du traitement de 60 tuberculeux par les aérosols calciques, fontamidés ou par leur association.

Comparaison de la méthode des aérosols et des injections intra-trachéales. Inhalation continue en petite salle close. — M. G. Rosenthal.

Aérosols et réactions alvéolaires. — M. C. Laville (Paris). — Il peut ne pas exister de relation directe entre l'innocuité aparente d'une préparation donnée et son action profonde, soit sur le revêtement épithélial, soit sur les éléments lymphoïdes mobiles. D'autre part, le problème des dimensions optima à adopter pour les particules introduites et celui de l'homogénéité plus ou moins poussée de ces dimensions est aussi à étudier.

Les aérosols en dermatologie. — MM. Thiers et Pellerin. — Les auteurs signalent l'action d'A. de pénicilline dans l'eczéma lorsqu'il y a un élément infectieux et l'intérêt de cette voie chez les enfants.

Les aérosols en chirurgie. — M. Masmonteil. — Ils sont applicables à l'aseptie des locaux opératoires, à la préparation des opérés (désinfection pulmonaire en chirurgie thoracique) et aux soins post-opératoires (lutte contre les affections respiratoires).

La charge électrique des aérosols. — M. André Dénier (La Tour-du-Pin). — L'auteur montre que la simple inhalation d'un aérosol d'eau distillée a une action du fait de la seule charge électrique de ces particules nébulisées.

A chaque inspiration d'air la surface entière du poumon se charge négativement, d'où l'idée de la surionisation négative des aérosols.

L'auteur y parvient par un dispositif électrostatique répondant de tels aérosols dans une cage vitrée où le patient les inhale.

3° Les aérosols en thérapeutique hydro-minérale. Brouillards secs et aérosols. Leur application au traitement des surdités rhinogènes. — M. A. Corone (Cauterets). — Ces brouillards secs pénètrent jusqu'à la caisse du tympan à travers des trompes plus ou moins larges.

Dans les tympanoscléroses et formes mixtes l'aérosolthérapie de la trompe a donné 53 % d'amélioration.

L'aérosolthérapie médicamenteuse (21 médicaments) a donné de 18 à 70 % de bons résultats.

Avec l'eau de Cauterets, l'auteur a obtenu 70 % d'amélioration.

Les nébulisations d'eau minérale à Royat. — M. Mougeot. — Depuis 1920 il existe à Royat deux salles de nébulisation. Ce sont les catarrhes chez les sujets âgés à myocarde déficient qui tirent bénéfice de cette thérapeutique.

Les aérosols à Luchon. — MM. J. Brugne et P. A. Burollet rendent compte des résultats d'une série d'expériences pratiquées sur des appareils à aérosols nébulisant les eaux thermales de Luchon.

Ils concluent notamment :

— Que l'eau aérosolisée conserve un degré de sulfuration suffisant,

— Que le pouvoir pneumo-dilatateur de l'eau de Luchon ainsi administrée est certain.

Premiers résultats de l'aérosolthérapie à Luchon. — MM. P. Salles et P. Molinéry rapportent les résultats favorables obtenus pendant cette première année de cure sur les asthmes secs et humides et les bronchectasies.

Le traitement de la dilatation des bronches chez l'enfant par l'inhalation d'eaux minérales brumifiées. — MM. G. et J. Cany (La Bourboule). — L'utilisation précoce et persévérante de cet agent thérapeutique, associé nécessairement à des médications de complément, permet d'escompter 60 % en moyenne de résultats excellents.

4° Les aérosols en hygiène générale. Les aérosols agressifs et la voie respiratoire. — Le pharmacien-chimiste en chef de la marine Grégoire. — Après avoir rappelé les propriétés pharmacologiques des aérosols agressifs et précisé le mécanisme de l'intoxication par l'ypérite, l'auteur indique les moyens utilisés pour disperser les gaz de combat sous la forme d'aérosol.

La deuxième partie de l'exposé est consacrée à la protection des voies respiratoires contre les aérosols agressifs et à l'analyse du phénomène de la filtration des aérosols par les filtres en papier.

Recherches sur la neutralisation du virus vaccinal. — MM. P. Gastinel et R. Fasquelle. — Le virus vaccinal est nébulisé sous cloche à vide ; l'atmosphère reste virulente pendant un quart d'heure. On obtient facilement la neutralisation du virus par la nébulisation concomittante d'un antiseptique. Une cartouche de masque à gaz n'est pas perméable au virus à l'état de brouillard. Il est à penser que la technique des aérosols pourra apporter des conclusions intéressantes au point de vue épidémiologique, pour faire la part de la voie aérienne dans la propagation expérimentale de certaines maladies à virus.

Indications de la thérapeutique par aérosols en hygiène industrielle. — M. Michel Gaultier. — Dans les asthmes professionnels la thérapeutique par aérosols n'est qu'accessoire. Par contre, dans la silicose, il est utile de dépister à l'embauche les sujets prédisposés aux accidents cliniques par l'épreuve de broncho-constriction par aérosols ; dans le traitement de la maladie, l'auteur a observé, chez ses malades, traités par Robert Tiffeneau, avec des aérosols broncho-dilatateurs, une amélioration nette quoique temporaire, les cures devant être renouvelées. Ce traitement constitue l'un des meilleurs, sinon le seul traitement de la silicose-maladie, les aérosols d'alumine ne semblant avoir qu'un pouvoir préventif.

M.-Th. Boreau.

Prochaines réunions

Le Conseil de l'Union a renouvelé les pouvoirs de son bureau. Il a décidé qu'une Assemblée plénière aurait lieu à Paris en octobre 1947 ; un congrès à Bruxelles est envsagé.

Le choix des questions n'est pas encore arrêté.

L'Exposition. — Nous devons une mention spéciale à l'Exposition où de très intéressants appareils d'aérosols étaient présentés. Les aérosols thérapeutiques français (de Bordeaux) exposent des appareils de haute précision permettant de faire varier la densité de l'aérosol. Ces appareils existent dans la forme portative ou la forme « clinique ». Une installation très importante a été réalisée dans les Etablissements thermaux de Luchon.

Les Etablissements Flicoteaux, Boutet et Fleurot (de Paris) présentent leur remarquable cellule opératoire à milieu ambiant, climatisé et stérile.

La maison Rainal frères (de Paris) nous montre d'abord le poumon d'acier (modèle Binet-Bochet), puis la tente à oxygène bien connue suivant le dispositif Binet et Bochet. Enfin des nébuliseurs pour microbrouillards et aérosols permettant l'inhalation directe ou l'inhalation indirecte par diffusion du microbrouillard dans l'enceinte respiratoire.

Des appareils générateurs de micro-brouillards à usages thérapeutiques sont exposés par les Etablissements Deyrolle (de Paris). Ils ont été établis suivant la technique de Biancani et Delaville. Il existe trois types : un modèle individuel, un type portatif et enfin un grand appareil type clinique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 29 octobre 1946

M. Binet est délégué par l'Académie au Conseil d'administration de l'Ecole Nationale Vétérinaire d'Alfort.

Présentation d'ouvrages :

M. Mathis présente un ouvrage de M. F. Lot sur Charles Nicolle où l'auteur évoque d'une façon saisissante la figure et les travaux du génial directeur de l'Institut Pasteur de Tunis.

M. Roussy présente le traité de neuro-endocrinologie qu'il vient de publier avec M. Mosinger, qui fait le point sur les travaux français et étrangers de ces dernières années et qui contient l'ensemble des recherches poursuivies sur ce sujet par les auteurs durant de nombreuses années.

Rapport de M. Le Lorier au nom de la Commission de l'avortement. L'Académie adopte le vœu présenté demandant aux pouvoirs publics de poursuivre une action vigoureuse contre l'avortement.

L'Académie se réunit ensuite en Comité secret.

***

La réforme du règlement a été discutée pour la deuxième fois au cours du Comité secret. On sait qu'une première étude en avait été faite au mois de juillet. (Voir *Gaz. Hôp.*, 1er août 1946, p. 334.)

Le projet aurait été adopté dans son ensemble.

L'Académie a approuvé notamment la création d'une section de membres non résidant rattachés à l'une des autres sections suivant leur spécialisation. Les associés nationaux existant actuellement constitueront la nouvelle section.

Les membres titulaires empêchés de siéger depuis un an pour raisons de santé ou d'éloignement seront nommés *membres émérites*, conserveront toutes leurs prérogatives, mais leur place sera déclarée vacante. Ils seront remplacés aussitôt.

Il n'y a aucun changement pour la section des membres libres.

Le secrétariat général, sur la demande de M. Roussy, conserve le titre actuel et il n'est plus question de revenir au titre de secrétaire perpétuel qui a existé depuis la fondation de l'Académie jusqu'en 1921.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 30 octobre 1946

A propos des rétrécissements péricoliques pelviens et des rétrécissements périrectaux. — M. Küss revient sur les conclusions du travail de M. Fiolle et discute l'irréversibilité des lésions.

Diagnostic de la cholestérose vésiculaire. — M. Carlos Velasquos-Suares. — M. Bazy rapporte ce travail consacré à l'étude de la lipoïdose vésiculaire dans lequel l'auteur a fait la recherche des corpuscules lipoïdiques dans la bile prélevée par tubage.

Un cas de luxation du 3e cunéiforme. — MM. Bolot et J. Germain. — M. Sorrel rapporteur.

Séquelles de blessures ostéo-articulaires de guerre posant des problèmes complexes. — MM. Barbier et Bolot. — M. Sorrel, rapporteur.

Vingt-deux ans de chirurgie biliaire à l'hôpital Rivadaria. — M. Bengoléa rappelle les progrès techniques qui ont marqué les étapes de la chirurgie biliaire ; il insiste sur l'intérêt du drainage biliaire par tubage duodénal et épreuve de Metzger-Lyon ; dans les cas graves il utilise la sonde duodénale pour alimenter les malades. Dans la lithiase vésiculaire l'auteur est partisan de la cholécystectomie par voie rétrograde avec fermeture sans drainage ; dans la lithiase de la voie principale, choledocostomie avec drain par tube de Kehr.

Opération de Blalock pour sténose congénitale de l'artère pulmonaire. — Présentation d'un film. — M. Cournaut rappelle les conditions techniques dans lesquelles on peut tenter cette intervention. 144 cas ont été opérés avec une mortalité de 22 %. L'anastomose est faite entre l'artère sous-clavière, ou le tronc trachéo-céphalique et l'artère pulmonaire suivant la disposition de l'aorte par rapport à la trachée.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 octobre 1946

Danger de l'urographie intraveineuse chez les azotémiques. — MM. Pasteur-Vallery-Radot, Domart, Miliez et Pierre Maurice. — Chez 3 sujets azotémiques, les auteurs ont observé, après une injection intraveineuse de ténébryl, une élévation de l'urée sanguine. La mort survint en quelques jours. Il est donc dangereux de pratiquer une urographie intraveineuse chez les sujets présentant une néphropathie.

Sur quelques formes nerveuses de la fièvre récurrente cosmopolite. — MM. Lebon, Chaussot et Dubouchet. — Exposé de quelques formes nerveuses observées. Celles-ci relevant soit de la localisation infectieuse, soit d'une atteinte toxique du nerf optique au cours d'un traitement par un arsenical pentavalent ou de l'action conjuguée des facteurs toxiques et infectieux.

Syphilis trachéale. — MM. Lebon, Chaussot et Amoros (Alger). — A retenir dans ce fait la dyspnée inspiratoire, l'absence de tout antécédent syphilitique, l'intégrité du larynx et des autres viscères.

Le danger des transfusions de sang chez les splénomégaliques chroniques (ictère hémotylique). — M. Denéchau (Angers) a observé chez un jeune homme, grand cholémique familial, la mort rapide à la suite d'une transfusion sanguine pratiquée lentement, neuf heures auparavant, en vue d'une splénectomie. Le donneur était un donneur universel.

La cause de la mort, que M. Denéchau attribue à un choc hémolytique, a été l'objet d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Chevallier, Cathala, Huber, Tzanck, Benda, Weill-Hallé.

En résumé, il semble que les transfusions médicales doivent être effectuées en s'entourant du maximum de garanties (Benda), très lentement (Chevallier et Tzanck). M. Weill-Hallé suggère enfin l'adoption du principe de la méthode de Besredka aux transfusions.

CHRONIQUE

A propos du XII[e] Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française

Parmi les congrès importants qui se sont tenus à Paris en octobre et dont il ne nous a pas été possible encore de rendre compte, il en est un qui tient au cœur des anciens élèves du professeur Bar, son fondateur. Aussi je remercie mon vieil ami, M. Le Lorier, président de ce Congrès, d'avoir bien voulu m'autoriser à publier son discours d'ouverture, qui lui a permis d'exprimer à de chers voisins de la France la gratitude et l'affection que nous leur devons pour leur action fraternelle pendant l'occupation.

Allocution du D[r] Le Lorier, président du XII[e] Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française (Paris, 3-6 octobre 1946) :

« Mes chers collègues,

Notre Association vient d'atteindre sa trente-troisième année, puisqu'elle fut fondée par le professeur Bar en 1913.

Dans ce laps de temps relativement court, elle a subi deux crises effroyables : la première, lorsqu'elle était encore en gestation, eut pour conséquence d'ajourner jusqu'en 1919 ses premiers signes de vie ; l'autre, qui eut pu lui être fatale, a duré près de six années, et quelles années ! années d'angoisses, années de tristesses, années de terreur, années de deuils.

Que serions-nous devenus, les uns et les autres, sans le réconfort journalier que nous apportaient, dans chacune de nos demeures froides et sombres, en dépit des menaces et des astuces de l'ennemi, les ondes de la B. B. C. et les journaux de la Suisse romande ?

Chère Belgique, notre aimable voisine, qui a subi la première, avec la courageuse Hollande, les affres de l'invasion, et nous a donné, comme en 1914, l'exemple de la résistance obstinée de ceux qui n'ont jamais accepté d'avaliser le désastre ! Combien nous sommes heureux d'accueillir aujourd'hui nos collègues belges, si près de notre cœur !

Et vous, nos amis suisses, dont l'élan affectueux étendait sa douceur sur nos chers prisonniers, nos grands malades, nos déportés, nos petits privés de nourriture, apportant dans chaque foyer français, directement ou indirectement, le réconfort et cette lumière de l'âme qui fait oublier un instant au forçat les chaînes qui l'étreignent ! Et vous encore, amis moins proches, des pays scandinaves, de Tchécoslovaquie, de Yougoslavie, de Finlande, du Portugal, du lointain Iran, qui tous avez en ce moment des représentants ici, laissez-moi vous exprimer notre joie de vous retrouver parmi nous.

Comment pourrai-je oublier que si nous ne sommes pas tous des enterrés vivants, nous le devons à l'admirable ténacité anglaise, à la formidable puissance des Etats-Unis, aux sacrifices inouïs de l'U. R. S. S...

Notre reconnaissance envers ces trois grands peuples est immense. Puissent-ils apporter à ce monde si malade qu'est le nôtre, dans une union retrouvée, le message divin d'une paix durable.

Mes chers collègues, c'est dans notre bonne ville de Paris que nous avons la joie de vous recevoir aujourd'hui. Dans la France meurtrie, couverte de blessures dans toutes ses provinces et dans tout son Empire, Paris intact ou presque intact, apparaît comme une sorte de miracle ; vous y retrouverez presque tous les monuments et les sites qui vous sont familiers. Hélas ! vous n'y retrouverez plus tous les collègues qui venaient se joindre si volontiers à nous et dont je ne reprendrai pas, après M. Mocquot, la liste funèbre, mais je tiens à saluer la mémoire du grand fondateur de notre Association, M. Bar, mort à 93 ans, au début de cette année, en pleine lucidité, sans souffrances, laissant après lui l'œuvre immense que vous connaissez, et aussi la mémoire d'un grand ambassadeur de la pensée et de la science françaises.

C'est lui qui représentait la France au Congrès de Bruxelles, en 1919, Congrès mémorable entre tous, et je n'oublierai jamais le discours admirable qu'il prononça à cette occasion, non plus que la réplique de M. Maurice Brouha, dont la langue est la plus élégamment française que je connaisse. Cher et éminent collègue dont je salue ici la présence, votre amour pour la France et pour la liberté a été chèrement payé : les boches ont fusillé votre fils, résistant héroïque. Nous ne l'oublierons jamais. Pardonnez-moi d'évoquer ici ce souvenir aussi glorieux que tragique. Je m'incline respectueusement devant vous et devant votre compagne.

Et maintenant, Messieurs, nous devons nous tourner vers l'avenir, réparer nos blessures, reconstruire nos ruines. Médecins, nous devons, par nos travaux incessants, renouer les liens un instant brisés, de notre commune culture, nous pencher sur cette fonction de reproduction dont nous sommes les grands-prêtres, mettre les mères à même de l'accomplir dans des conditions de sécurité et de bien-être constamment accrus afin que des enfants nombreux, sains et beaux viennent en grand nombre remplacer les immenses cohortes des disparus.

Souhaitons par-dessus tout que prenne fin le règne de « l'homo stultus » ainsi que l'appelait Ch. Richet, et que celui de « l'homo sapiens » commence enfin dans un monde rénové auquel l'énergie atomique peut apporter assez de bienfaits pour en faire un nouvel Eden.

Faisons aussi le vœu que les neuf cent mille enfants français qui seront nés à la fin de cette année soient l'avant-garde de cette rénovation. La France n'est pas encore morte ! Vive la pensée française !

Longue vie et prospérité à notre précieuse Association ! »

L.

Cérémonies du cinquantenaire de la découverte par Henri Becquerel de la radioactivité naturelle de l'uranium

On trouve dans l'histoire de la pensée quelques lignées exceptionnelles où, de père en fils, des hommes de génie se sont transmis le flambeau, y entretenant et y développant la même flamme que le premier y avait allumée.

La lignée des Becquerel, toujours vivante et rayonnante, n'est pas la moins étonnante et c'est elle que du 29 au 31 octobre a voulu honorer la science française. C'est en célébrant le cinquantenaire de l'immense découverte d'Henri Becquerel décelant la radioactivité de l'uranium que la France a voulu une fois de plus reconnaître à un de ses fils les plus illustres une gloire méritée.

Devant une assistance où les savants étrangers nombreux rejoignaient les savants français, dans l'amphithéâtre du Muséum où depuis 1838 tous les professeurs de physique se sont nommés Becquerel, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole polytechnique où depuis 1806 les Becquerel successifs ont été tour à tour les élèves et le maître, les hommages se sont succédés, exprimés par les voix les plus autorisées.

La lignée des Becquerel fut ainsi évoquée par l'ingénieur général Lancottre, directeur des études à l'Ecole polytechnique ; la découverte de la radioactivité retracée et parfois vécue à nouveau par M. Jean Becquerel ; les conséquences de la découverte par le duc de Broglie ; la radioactivité dans la nature par M. Yves Le Grand ; ses applications en biologie et en médecine par M. Strohl ; les transmutations et la radioactivité artificielle enfin par la voix autorisée de M. Frédéric Joliot, prix Nobel.

L'auditoire a contemplé l'évocation de perspectives grandioses : la permanence du génie dans une même lignée, la persévérance à une même tâche scientifique dans une suite de générations, la famille et l'œuvre scientifique s'édifiant et se continuant pareillement et trouvant une même conclusion temporaire dans l'ouverture d'une ère nouvelle pour l'humanité.

R. L.

INTERETS PROFESSIONNELS

Syndicat national des médecins français électrologistes et radiologistes

L'Assemblée générale ordinaire du Syndicat aura lieu le dimanche 8 décembre 1946, à 9 h. 30, à l'hôpital Saint-Vincent de Paul, ex-Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau. Les présidents des sections régionales devront, au préalable, réunir les confrères de leur section afin de décider des questions à soumettre à l'Assemblée. En même temps, il sera procédé à l'élection des délégués.


UN ALIMENT
complémentaire
de L'ALLAITEMENT
Préparée à l'eau et additionnée de lait par moitié, la farine diastasée SALVY permet dès le 5me mois de compléter l'allaitement de l'enfant par l'apport d'un aliment riche en hydrocarbones, éminemment digestible et bien assimilable.
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MEMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIETETIQUE INFANTILES.
* Farine DIASTASÉE
SALVY
ALIMENTATION DU NOURRISSON
Préparée par BANANIA


COLLARGOPHÉDRINE
BIODARCINE
HÉPAVITA
ÉPHÉDROCURE
CALYPTOPHÉDRYL
SOLUPHÉDRINE
MINERVOL
ANTALGYL
PANFLUINE
PANSMACOL
STRONGÉNOL
AMPHOSTABYL
AÉROCOLYL
AURIXÉMA
LABORATOIRES M. DE RIVE
83 RUE ST CHARLES · PARIS 15E


"DIVINUM EST OPUS SEDARE DOLOREM"
HOMOPAVINE
PLUS ACTIVE QUE LA
MORPHINE
MIEUX TOLÉRÉE QUE L'
OPIUM
pas de constipation
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
AUX
LABORATOIRES DAUSSE. 4. RUE AUBRIOT. PARIS. 4e





Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 25. — SAMEDI 16 NOVEMBRE 1946 — 119e ANNEE — Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr., Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 253[illegible]-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de chirurgien des hôpitaux

SÉANCE DU MARDI 22 OCTOBRE 1946. — Notes : MM. Champeau, 17 points ; Delinotte, 20 ; Dufour, 18 ; Guénin, 20.

SÉANCE DU SAMEDI 26 OCTOBRE 1946. — Notes : MM. Huguier, 20 points ; Debeyre, 17 ; Adam, 17 ; Laurence, 20.

SÉANCE DU DIMANCHE 27 OCTOBRE 1946. — Notes : MM. Barcat, 17 points ; Verne, 17 ; Coldefy, 19 ; Nardi, 20.

SÉANCE DU LUNDI 28 OCTOBRE 1946. — Notes : MM. Judet, 18 points ; Chevallier, 18 ; Lascaux, 18 ; Monod, 20.

SÉANCE DU JEUDI 31 OCTOBRE 1946. — Notes : MM. Huguier, 20 points ; Guénin, 19 ; Lance, 20 ; Nardi, 18.

(3e Concours 1946). — M. Huguier a été nommé.

(4e Concours 1946) **Jury**. — MM. Bergeret, Bréchot, Brocq, Houdard, Leibovici, Meillière, Ménégaux, Raoul Monod, Rouhier, Thalheimer, chirurgiens des hôpitaux, et Touraine, médecin des hôpitaux.

Attaché d'électro-radiologie des hôpitaux (Concours de 1946). — Jury définitif : MM. Foubert, Guénaux, Beau, Dariaux, Devois, Desgrez, Stuhl.

Assistant d'électro-radiologie des hôpitaux (Concours spécial). — Sont nommés : MM. Bernard, Fischgold, May, Djian, Strouzer, Dramez.

Concours pour trois places d'électro-radiologistes des hôpitaux

Année 1946 (concours spécial). — Jury : MM. les Docteurs Thibonneau, Porcher, Aimé, Truchot, honoraires ; Busy (Jacques), Ordioni, Beau, électro-radiologistes ; Nicaud, médecin ; Métivet, chirurgien.

Concours d'oto-rhino-laryngologie

EPREUVE DE CONSULTATION ÉCRITE. — Notes : MM. Aboulker, 17 points ; Hoffmann, 15 ; Debain, 19 ; Bérard, 19 ; Gaston, 18.

Médaille d'or de l'Internat en médecine (promotion d'Internat 1941). — Médaille d'or : M. Maurice. — Médaille d'argent : M. Choubrac. — Accessit : M. Scherrer.

FACULTES DE MEDECINE

Affectations d'agrégés

SECTION IV. CHIMIE MÉDICALE

Paris : M. Schapira.
Alger : M. Grangaud.
Aix : M. Derrien.
Bordeaux : M. Tayeau.
Lyon : M. Raynaud.
Nancy : M. Desgrez.
Toulouse : M. Valdiguié.

SECTION XII. PHYSIQUE MÉDICALE

Paris : M. Djourno.
Alger : M. Chechan.
Bordeaux : M. Reboul.
Toulouse : M. Marquos.
Strasbourg : Mlle Achard.

Faculté de Médecine de Paris

STAGIAIRES. — Mardi dernier, 29 octobre, au petit amphithéâtre de la Faculté de Médecine, M. le doyen Léon Binet avait invité à une réunion amicale les médecins et chirurgiens des hôpitaux pour les remercier d'avoir répondu à l'appel qu'il leur avait adressé pour prêter leur précieux concours dans l'enseignement clinique en faveur des stagiaires.

Presque à l'unanimité, tous ont bien voulu prendre, suivant les possibilités de leur service, un certain nombre d'étudiants. M. le Doyen leur a précisé l'importance qu'il y aurait à faire la liaison avec les cliniques de la Faculté, ou quand l'hôpital en était dépourvu, entre les différents services d'un même hôpital, pour faire un enseignement pratique.

M. le Doyen est persuadé que cette expérience donnera les résultats les plus satisfaisants malgré le nombre toujours croissant d'étudiants inscrits dans notre Faculté.

M. le Doyen a terminé en disant qu'il comptait bientôt voir s'organiser un enseignement post-scolaire, grâce à l'activité d'une commission de plusieurs professeurs (prof. Henri Bénard, prof. Quenu, prof. Guy Laroche), qui ne manquera pas de faire appel au concours de leurs collègues des hôpitaux.

Leçons inaugurales. — M. le professeur GIROUD a fait la leçon inaugurale de la chaire d'embryologie le jeudi 14 novembre 1946.

— M. le professeur Etienne BERNARD, professeur de clinique de la tuberculose, fera sa leçon inaugurale le jeudi 21 novembre 1946, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

— M. le professeur VERNE, professeur de biologie médicale, fera sa leçon inaugurale le lundi 2 décembre 1946, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

— M. le professeur MOREAU fera sa leçon inaugurale du cours de pathologie médicale le mardi 10 décembre 1946, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

— M. le professeur DECHAUME, titulaire de la chaire de stomatologie, fera sa leçon inaugurale le mardi 14 janvier 1946, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Concours du clinicat. — Ont été nommés chefs de clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) : MM. Ardouin et Polliot ; chefs de clinique chirurgicale infantile (Enfants-Malades) : MM. Debusschère, Staub et Mage.

Faculté de pharmacie de Paris

M. René Fabre, professeur, est nommé par arrêté du 4 novembre 1946, et à compter du 1er octobre 1946, pour une période de trois ans doyen de la faculté.

Légion d'honneur

AFFAIRES ÉTRANGÈRES

COMMANDEUR. — M. Remlinger, directeur de l'Institut Pasteur à Tanger.

CHEVALIER. — M. le Dr Crambes, médecin du dispensaire et de l'hôpital français de Tanger.

Reconnaissance française

MÉDAILLE DE BRONZE. — MM. les Drs Cantin, à Brie-Comte-Robert ; Marc Monod, au Malzieu-Ville.

LETTRES DE REMERCIEMENTS

MM. les Drs Fischer, à Bordeaux ; Gassard, à Montereau ; Ibanez, à Montpellier ; Larroque, à Montpezat-de-Quercy ; Luthereau, à Montevers ; Mlle Malta, à Brunstaff.

GUERRE

Ecole du Service de Santé militaire de Lyon. — Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à l'Ecole à la suite du concours (section de médecine).

P. C. B. — MM. J. Lescommeres, R. Jolly, Y. Brette, J. Riquin, J. Jorrot, A. Masbernard, A. Peyrin, R. Willaume, G. Guilland, J. Garlin, C. Chastel, L. Barrachina, J. Bouchat, C. Chaissac, P. Crochet, Y. Philippe, Y. Berger, M. Villevieille, E. Guillerat, J. Velten, J. Farges, G. Prevost, R. Benevant, A. Reyre, G. Haeffner, R. Orelle, H. Delarue, J. Cheneau, G. Marinacce, J. Chastel, R. Sauvaget, L. Valentin, A. Dalloz-Bourguignon, A. Lededente, R. Boyer, M. Goure, J. Meidinger, B. Patrouilleau, F. Blavignac, B. Passevant, P. Rouzaud, J. Barres, H. Montabone, J. Guyon, J. Desbordes, J. Pefenc, R. Barbancon, G. Chemier, J. Cousserans, A. Dodin, R. Fourquet, L. Costerousse, F. Mathieu, M. Prigent, D. Bonnet, R. Charlet, J. Moine, A. Allain, P. Boue, P. Allemand, B. Minsky-Kravetz, L. Maydat, A. Garrigues, J. Lauzet, C. Deboniere, P. Foulhoux, J. Gindrey, F. Maury, P. Chanel, J. Martin, M. Bodin, E. Pons, J. Sepetjian, L. Aubert, M. Magerand, J. Bruschera, G. Campens, J. Rigal, P. Perrot, J. Barrau, R. Vieux, J. Rougelet, P. Ganascia, G. Doizon, R. Gaudineau, A. Barascut, J. Top, R. Beaubernard, P. Roussin, C. Hiltembrand, G. Thiebault, P. François, J. Plisson, G. Terrades, M. Marsy, G. Gras, H. Sabourin, F. Minda, H. Brottes, J. Brodeaux, B. Pecout, C. Bandini, V. Mussard, B. Hamot, B. Bouche, J. Goyer, P. Blot, G. Goachet, H. Robert, L. Pujuguet, L. Baychelier, J. Delivre, P. Creff, G. Nougue, J. Estel, A. Llobet, G. Girard, C. Bertet, R. Doizon, A. Bouayed, P. Boussagol, R. Gros, H. Reichert, A. Gilloux, J. Meysonnier, P. Fournier, P. Dupuy, C. Robin, P. Tercinet, J. Liaudon, G. Loubignac, J. Baur, J. Monteil, A. Arnaud, J. Samuel, A. Sais, A. Jacquet, J. Cohen, F. Coquoz, P. Sutra de Germa, D. Horrenberger, C. Ouryoux, R. Lavant, R. Maingot, G. Belle, G. Prugniaud, M. Arbarete, J. Marchaud, C. Pyguillem, P. Desnoyers, R. Fritz, F. Trojani, J. Tripier, M. Vrillac, P. Boizeau.

Quatre inscriptions. — MM. M. Dupain, J. Freyria, G. Mathieu, R. Daure, P. Lagneau, H. Fournier, J. Medail, P. Grataloup, J. Andanson, F. Le Rest, P. Bois, J. Pele, P. Resal, F. Peretti-Stefani, P. Simon, G. Lavandier, R. Fiorini, P. Saint-Amans, R. Ridoux, H. Viennot, C. Verot, G. Rougerie, B. Munck, P. Barbe, G. Pehore, J. Cudennec, G. Audouin, H. Seris, E. Raffejeaud, Y. Rion, J. Rault, A. Oddou, M. Salini, M. Deltour, P. Moulin, P. Bourleaud, J. Estienne, C. Lagane, J. Thiebault, H. Garcin, P. Mondoloni, J. Deramond, G. Lozahic, F. Larcade, C. Gallay.

Huit inscriptions. — MM. G. Villemin, P. Mathiot, P. Sauvet, J. Vincent, G. Sauvet, A. Escudie.

Douze inscriptions. — M. A. Girardot.

Indemnité spéciale de technicité. — A titre exceptionnel et provisoire, les médecins, pharmaciens, dentistes et vétérinaires de l'armée active, en servant en situation d'activité au delà de la durée légale du service, appartenant aux armées de terre (métropolitaines et coloniales), de mer et de l'air, reçoivent, en raison de leurs diplômes particuliers, une indemnité spéciale de technicité fixée à 36.000 francs par an, pour compter du 1er septembre 1946. Cette indemnité est acquise du jour où les intéressés sont pourvus du doctorat en médecine, du doctorat vétérinaire ou des diplômes de pharmacien ou de chirurgien dentiste. Elle est allouée, réduite ou supprimée dans les mêmes conditions que la solde d'activité.

L'indemnité est maintenue dans les positions régulières de présence (congé, permission, hôpital) et pendant les déplacements temporaires. Toutefois, elle n'est pas due en congé de longue durée pour tuberculose ouverte, ni en congé en instance de retraite ou de réforme.

(J. O., 22 octobre 1946.)

EDUCATION NATIONALE

Médecin assermenté. — M. le Dr Robert Fasquelle, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris est admis dans les fonctions de médecin assermenté de l'Education nationale.

Conseil supérieur de l'Education nationale. — M. Langevin, membre de l'Institut, est nommé vice-président du Conseil supérieur pour l'année 1946.

Comité médical de la Résistance

7, rue de Tilsitt, Paris (17e) (Etoile 54-04)

Le secrétariat du Comité médical de la Résistance attire l'attention des diverses associations qui composent la Fédération Nationale des Médecins du front et de tous les médecins qui pourraient être touchés par cette Fédération, sur le scandale que constitue la présence, au Comité directeur provisoire de cette Fédération, d'un médecin qui, quelques magnifiques qu'aient pu être ses titres de guerre acquis entre 1914 et 1918, a été condamné par la juridiction d'épuration. Les médecins que représente le C. M. R. s'élèvent contre un tel fait. (Communiqué.)

Syndicat des gynécologues français

Le syndicat des gynécologues français groupe les médecins et chirurgiens-gynécologues et les gynécologues-accoucheurs qui, conformément au statut des spécialistes de la Confédération des syndicats médicaux français, ont renoncé à la pratique habituelle de la médecine générale.

Les demandes d'admission sont reçues par le secrétaire général, M. le docteur Jacques Courtois, 1, rue Racine, à Saint-Germain-en-Laye (Seine-et-Oise), ou par les délégués du syndicat.

Nécrologie

On annonce le décès, survenu le 3 octobre 1946, à l'âge de 76 ans, de Sir Walter Langdon-Brown, professeur émérite à l'Université de Cambridge et médecin consultant de St-Bartholomews Hospital. Avec lui disparaît un grand clinicien, un maître et un humaniste de haute tradition. Il avait été fait chevalier en 1934 et avait reçu en 1936 le diplôme de docteur de l'Université d'Oxford.

Parmi les principaux travaux de sir Walter Langdon-Brown, il faut signaler ceux qu'il a consacrés à l'endocrinologie en médecine. Ils sont classiques. Il en est de même de plusieurs ouvrages qui ont eu de nombreuses éditions : Physiological Principles in Treatment ; the Sympathetic nervous in Disease. Le maître a encore écrit des articles de revue, abandonnant parfois la médecine pour la psychologie et la philosophie.

Les médecins de France qui ont eu l'occasion de le rencontrer, n'ont pas oublié la simplicité et la cordialité de ce grand seigneur de la medecine.

F. L. S.

On annonce à Paris le décès de M. le Dr Jean Pérard, ancien chef de clinique de la Faculté, chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph et celui, survenu le 4 novembre, du Dr Emile Géraudet, ancien interne des hôpitaux de Paris (1896).
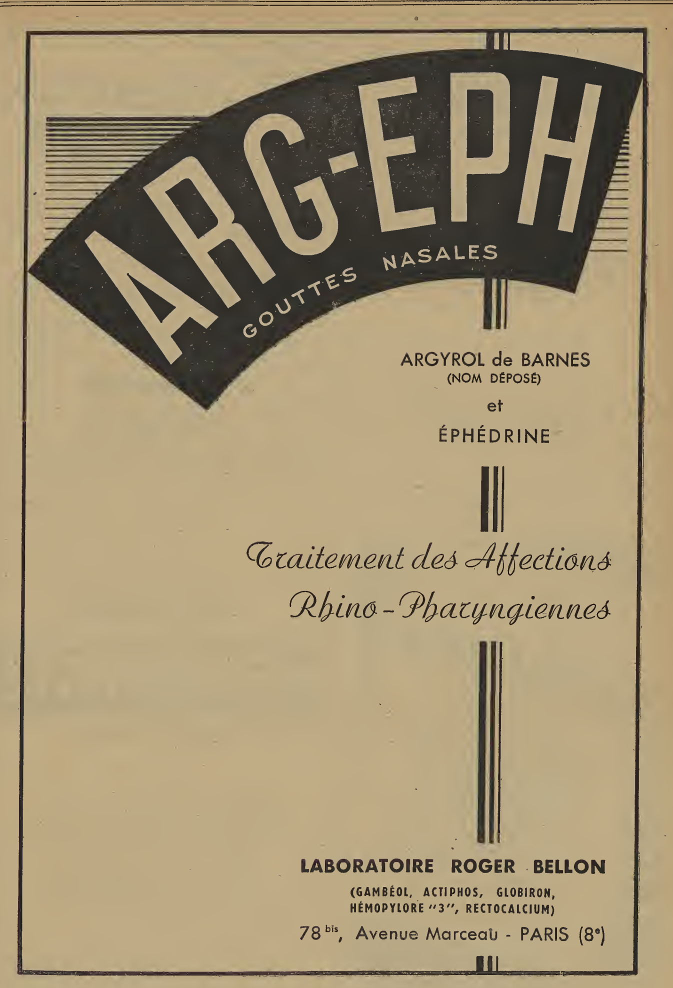
COURS

Clinique chirurgicale infantile et orthopédie Hôpital des Enfants-Malades

149, rue de Sèvres

Le professeur P. Gabarro, de Barcelone, chirurgien plastique à Manchester, fera le 12 décembre 1946, à 10 heures du matin, au grand amphithéâtre de la Clinique chirurgicale infantile et orthopédie, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, Paris, une conférence sur : « La chirurgie plastique dans la reconstruction faciale. »

Conférences de psychiatrie. — Le Dr Henri Ey commencera le mercredi 4 décembre le dernier cycle de ses conférences d'information psychiatrique en trois séries annuelles (première année : aspects seméiologiques ; deuxième année : étude des processus organiques générateurs de troubles psychiques ; troisième année : analyse structurale des psychoses). Ces conférences auront lieu tous les mercredis à Sainte-Anne. A 14 h. 30 étude approfondie d'un cas clinique (clinique des maladies mentales de la Faculté). A 17 h. 30 conférence théorique (bibliothèque médicale). Pour tous renseignements et inscriptions, s'adresser à M. Mallet, interne à l'hôpital psychiatrique Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (14e).


ARG-EPH
GOUTTES NASALES
ARGYROL de BARNES
(NOM DÉPOSÉ)
et
ÉPHÉDRINE
Traitement des Affections
Rhino-Pharyngiennes
LABORATOIRE ROGER BELLON
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, GLOBIRON,
HÉMOPYLORE "3", RECTOCALCIUM)
78 bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)

REVUE GÉNÉRALE

Les perforations traumatiques de l'œsophage

par P.-L. Klotz

Les perforations traumatiques de l'œsophage ont vu leur pronostic, jadis sombre, s'améliorer au cours de ces dernières années, grâce à un dépistage plus précoce, et à l'emploi de moyens thérapeutiques puissants et efficaces. Depuis l'ère des sulfamides et surtout de la pénicilline, elles n'aboutissent plus que rarement à une catastrophe.

Nous nous proposons ici de revoir succinctement l'état actuel de la question, à la lumière des publications postérieures à 1935. L'excellente thèse de Deburge (Lille, 1935) renferme toute la littérature antérieure à cette date.

Comment se produisent les perforations

On n'observe plus guère de perforations provoquées par un *sondage aveugle.* Depuis longtemps, l'éducation du public médical est faite sur les risques d'une manœuvre de ce genre. Il existe pourtant des cas de perforation par un gastroscope flexible (Paul et Lage, Touroff). Elles nous apprennent que l'emploi d'un instrument *même souple* peut être dangereux, et qu'un opérateur prudent peut parfaitement perforer un œsophage normal.

Plus souvent, il s'agit de perforations survenues au cours d'un *examen endoscopique* pratiqué dans un but de diagnostic, ou pour tenter de dilater une sténose sous le contrôle de la vue. Partout on insiste sur le danger de perforation au niveau du « point faible » de la bouche de l'œsophage : en réalité, les opérateurs s'en méfient tellement qu'il n'arrive presque plus jamais d'accident en ce point. La perforation survient surtout lors d'une prise biopsique un peu libérale, ou encore sous la pression d'une bougie dilatatrice, s'exerçant sur la paroi scléreuse et fragile d'un conduit aminci et sinueux. Ce malheur peut s'observer même chez un malade traité depuis des mois, ayant subi sans encombre des séances endoscopiques multiples, entre les mains d'un opérateur toujours le même. Nous avons à l'esprit le cas d'un enfant, traité depuis deux ans pour une sténose serrée, par un endoscopiste particulièrement averti, et qui finit par mourir d'une perforation accidentelle.

Nous n'insistons pas sur le danger de perforation qu'offre l'emploi de la *sonde radifère*, chez les cancéreux.

Mais l'immense majorité des perforations publiées semble consécutive à la déglutition d'un *corps étranger.* Presque toujours, il s'agit d'os de viande ou de poisson, ou de pièces dentaires. Le corps étranger responsable n'est pas toujours d'apparence particulièrement vulnérante : on a vu des perforations provoquées par des objets arrondis (Deburge). Il faut d'ailleurs bien distinguer : 1° les perforations liées au passage même du corps du délit, tout le monde s'accorde à reconnaître leur rareté relative ; 2° les perforations progressives, par usure, liées à un séjour prolongé ; 3° les perforations provoquées par des gestes aveugles, comme l'essai de refoulement vers l'estomac, ou des efforts pour déclancher un vomissement ; 4° enfin et surtout, les perforations survenant au cours de manœuvres endoscopiques, l'ablation de certains corps étrangers posant des problèmes mécaniques extrêmement difficiles à résoudre. Cette dernière étiologie représente à elle seule près de 80 % des cas. « Il y a des cas où l'on ne peut, pour ainsi dire, pas éviter de blesser l'œsophage en enlevant un corps étranger » (Lederer).

Conséquences possibles d'une perforation

Les conséquences possibles d'une perforation dépendent beaucoup plus du siège et de la direction du traumatisme que de ses dimensions. On a vu guérir de larges dilacérations, alors que les brèches minuscules, presqu'invisibles, aboutissaient à des complications mortelles.

Dans la plupart des observations récentes, la perforation se fait dans l'atmosphère celluleuse qui baigne l'œsophage sur toute sa longueur. Beaucoup plus rarement, la perforation se fait dans les voies aériennes, trachée ou bronche gauche, ou encore dans la plèvre. Quelquefois, elle se fait dans un gros vaisseau.

La blessure du récurrent est possible, surtout à gauche.

Schématiquement, une perforation traumatique de l'œsophage comporte deux dangers essentiels, souvent associés : un péril vasculaire, un péril infectieux.

a) *Le péril vasculaire.*

Le péril vasculaire existe dans toutes les perforations, quel que soit son siège. Le lacis artério-veineux qui entoure l'œsophage est si développé que, même si la blessure n'intéresse qu'un petit vaisseau, le malade peut mourir d'hémorragie. Le danger n'est pas toujours immédiat. Un malade de Hajek mourut au bout de six semaines seulement, épuisé par des hémorragies récidivantes et rebelles.

Malgré tout, la plupart des cas mortels résultent de la blessure de la crosse aortique. La crosse est d'autant plus menacée que les corps étrangers s'arrêtent volontiers aux alentours de la cinquième dorsale, dans cette région un peu rétrécie du conduit. Dès 1922, Killian avait attiré l'attention sur ce danger. Ginsburg a observé une hémorragie mortelle par blessure de l'aorte par un dentier. Bank rapporte l'observation d'une fillette de 12 ans, dont l'aorte avait été embrochée par une arête de poisson. Les exemples récents concernent surtout de très jeunes enfants, comme dans les observations de Swain, Clerf, Tucker, Holinger qui ont assisté à la perforation de l'aorte par des épingles de sûreté dégluties accidentellement.

La blessure du cœur n'est pas une éventualité chimérique. Dans un cas de Clerf, la mort est liée à la perforation, chez un enfant de 2 ans, de la paroi postérieure du ventricule gauche. Andrew a publié une observation analogue.

Le danger d'hémorragie existe donc toujours, mais il est encore plus redoutable lorsque la perforation siège au niveau ou au-dessous de la cinquième dorsale.

b) *Le péril infectieux.*

Nous ne nous arrêtons pas à la possibilité d'empyème de la plèvre ou du péricarde, ni à celle de broncho-pneumonie de déglutition, lorsque la brèche s'ouvre dans les voies aériennes. Ces accidents sont rares, et surtout ne présentent, ni dans leur évolution, ni dans leur traitement, de caractères particuliers a cette étiologie.

En parlant de péril infecticux, c'est avant tout un danger de *cervico-médiastinite septique diffuse* que l'on pense. Cette effroyable complication doit être envisagée d'emblée, en cas de perforation thoracique. Mais, comme il n'existe aucune barrière anatomique entre les espaces celluleux du cou et ceux du médiastin postérieur, une perforation cervicale, même haut située, peut aboutir aussi bien à la médiastinite que la perforation basse.

Les constatations opératoires et nécropsiques nous apprennent combien les réactions de défense locale sont faibles : il est bien rare de trouver du pus franc collecté, presque toujours il s'agit d'un épanchement séreux ou séro-purulent plus ou moins fétide. Il existe presque toujours des bulles de gaz, au début, ce n'est que de l'emphysème, plus tard ce sont les gaz putrides comme on en voit dans toutes les infections gangréneuses.

Chez certains malades, cependant, surtout lorsque la perforation est étroite, incomplète, se fait progressivement, par érosion, des adhérences peuvent se former (Healey, Pearse), on peut alors assister à la formation d'un phlegmon circonscrit. Ce phlegmon peut venir s'extérioriser dans le cou, comme dans une observation de Bratesco, éventualité particulièrement favorable. Heindel a publié un cas particulièrement démonstratif : perforation de l'œsophage cervical par une arête de poisson, formation progressive d'une énorme collection dans le creux sus-claviculaire, collection à l'intérieur de laquelle la bouillie opaque venait d'ailleurs pénétrer : une simple incision permit de guérir le malade.

Plus souvent, l'abcès vient bomber et s'ouvrir à l'intérieur même de l'œsophage.

Parfois enfin, le pus va fuser dans le médiastin, c'est alors une médiastinite diffuse *secondaire*, aussi grave que celle qui éclate d'emblée.

Ces accidents infectieux médiastinaux présentent une curieuse particularité : ils n'apparaissent pas inéluctablement. Ainsi que l'ont fait remarquer Piquet et Deburge, une perforation gastrique ou intestinale non traitée aboutit toujours à une péritonite, la perforation de l'œsophage n'aboutit pas toujours à une médiastinite, et peut même guérir « sans histoire ». Il y a là un fait unique dans les perforations du tube digestif, et dont nous verrons plus loin toutes les incidences sur le traitement.

La fréquence de ces « perforations bénignes » est bien difficile à établir, les statistiques publiées portent sur beaucoup trop peu de cas. Mais leur éventualité n'est pas très exceptionnelle, si l'on se base sur le nombre relativement important de cas relatés. Killian a observé une perforation, contrôlée par la radio, et qui guérit sans complication. King en a vu cinq cas certains. Von Eicken a publié huit cas de perforations dont il avait eu la certitude radiologique et qui ne donnèrent lieu à aucun accident septique. Clerf, Myerson, Hollinger, Pearlman, Arbuckle, pour ne citer que des témoignages récents, admettent eux aussi la possibilité de ces perforations curables spontanément. Pourquoi une lésion, habituellement si meurtrière, se présente-t-elle parfois d'une manière aussi vénielle ? Peut-être parce qu'il s'agit de brèches minuscules, qu'obstrue presqu'aussitôt un repli muqueux : à cet égard, nous en sommes réduits aux hypothèses.

L'aspect clinique du problème

Comme le dit Deburge, le problème pour le clinicien consiste à dépister la perforation et à prévoir son évolution probable. Cela est bien plus difficile qu'on ne l'imagine trop souvent.

a) Le *dépistage clinique* est d'autant plus délicat qu'il n'existe aucun symptôme vraiment constant ni pathognomonique. Il peut arriver, certes, que l'opérateur se soit rendu compte, au moment même de l'accident, de la perforation qu'il vient de faire, par la sensation tactile de résistance vaincue, par la vision dans le tube de la déchirure, à travers laquelle passent des bulles d'air, parfois même par la constatation d'une violente hémorragie. Souvent, d'ailleurs, l'attention est mise en éveil par la douleur anormalement vive, transfixiante, syncopale même qu'éprouve le malade.

Une telle éventualité paraît tout à fait rare.

Dans la plupart des observations, le diagnostic de perforation *n'est fait que rétrospectivement*. Presque toujours, l'opérateur a perforé l'œsophage sans même s'en apercevoir : ceci n'a rien de surprenant, au cours d'une endoscopie difficile, qui fait souffrir et qui fait saigner. Souvent même, l'opérateur n'a perçu rien d'anormal et a porté en toutes lettres sur son compte rendu « aucun incident à signaler ».

De plus, il est rare que les symptômes inquiétants soient immédiats. Dans la plupart des observations, c'est seulement au bout de quelques heures qu'apparaissent les signes d'alarme : cet *intervalle libre* ne dépasse pas habituellement 24 heures, mais on peut le voir durer plusieurs jours. Les descriptions classiques n'insistent peut-être pas assez sur cette notion d'intervalle libre.

1° *La douleur*. — La douleur initiale se calme en général assez vite. Mais elle ne disparaît pas complètement. Le plus souvent, elle se réveille au bout d'un temps variable, après une tentative de déglutition. Grez attache une certaine importance à la localisation de cette douleur : à la base du cou, dans les perforations hautes, interscapulaire dans les perforations du tiers moyen, épigastrique, dans les perforations situées très bas dans le thorax : en quel cas, une confusion a pu être faite avec une douleur à point de départ gastrique ou biliaire. Il s'agit tantôt d'une douleur sourde, tantôt d'une douleur transfixiante, si intense que le malade crache sa salive tant il craint de l'avaler.

Cette douleur ne peut faire à elle seule le diagnostic. Mais elle doit donner l'éveil. Malheureusement, elle peut manquer ou même n'apparaître que tardivement.

2° La *dysphagie* ne présente guère d'intérêt pour le diagnostic, l'œdème et l'œsophagite inflammatoire suffiraient amplement à l'expliquer. Et son absence n'infirme en rien la possibilité d'une perforation.

3° La *fièvre*. — Quelques heures après l'accident, la température l'élève. Certains malades font même un frisson, suivi d'un clocher à 40°. Mais cette hyperthermie n'est pas un signe de perforation, c'est déjà un signe d'infection sévère. Elle peut, du reste, exister sans qu'il y ait perforation : il suffit d'une poussée un peu violente d'œsophagite pour provoquer un accès fébrile. La valeur de la température pour le diagnostic précoce d'une perforation est donc toute relative : nous dirons même qu'il faut justement nous efforcer de dépister la perforation chez un malade *encore apyrétique*.

Il en est de même pour la *formule leucocytaire*, qui présente surtout un intérêt pour le pronostic et pour suivre les effets du traitement.

4° Le *gonflement et la raideur du cou* : ces deux signes ne manquent pas souvent, mais ils ne sont pas les plus précoces, surtout en cas de perforation bas située. Ils demandent d'ailleurs à être correctement interprétés, puisqu'ils peuvent traduire, suivant les cas, un simple œdème de voisinage, une cellulite diffuse débutante, un phlegmon en train de se collecter, voire même simplement une grosse hémorragie interstitielle.

5° L'*hémorragie*, lorsqu'elle est précoce et abondante, n'est pas une certitude de perforation, mais traduit néanmoins une éraillure sérieuse du conduit : qu'il s'agisse d'une hématemèse d'ailleurs rare, ou seulement des signes généraux de grande hémorragie interne, il y a de fortes chances pour qu'il y ait eu perforation.

6° L'*emphysème sous-cutané*, enfin, constitue de beaucoup le signe d'alarme le meilleur. Il peut être très précoce : on a pu, dans certains cas, le constater quelques minutes seulement après l'accident. Il ne manque pour ainsi dire jamais ; pour la plupart des auteurs, il faut même lui attribuer une valeur de certitude pour le diagnostic (Revai, Waldapfel). Cette opinion, certainement exacte dans l'immense majorité des cas, n'est pas admise par Precechtel. Il y aurait, en effet, des perforations non suivies d'emphysème; inversement, il pourrait y avoir de l'emphysème sans que l'œsophage ait été perforé, par simple éraillure de l'hypopharynx lors du passage d'un corps étranger.

Pour conclure, nous dirons que, sur le terrain clinique, nous disposons surtout d'éléments de présomption, dont la plupart ne possèdent de valeur que par leur association et leurs conditions d'apparition ; deux cas de ces éléments, l'hémorragie, et surtout l'emphysème sous-cutané, doivent, en principe, donner une certitude presqu'absolue.

Nous n'avons pas mentionné la *dyspnée*, dans cette étude symptomatique : certes, elle peut exister, mais alors, les autres signes de perforation présentent un tel caractère d'évidence que la dyspnée n'a plus qu'un intérêt bien secondaire pour le diagnostic.

a) Le *dépistage radiologique*. Personne ne conteste plus l'utilité du contrôle radiologique d'urgence au cours d'un drame abdominal de diagnostic difficile. Le principe d'un tel contrôle est encore plus impérieux pour la perforation de l'œsophage que pour n'importe quelle perforation digestive. En effet, l'image caractéristique de l'emphysème peut exister plusieurs heures avant qu'on ne puisse le trouver par la palpation du cou. Von Eicken a montré combien il est facile, par un examen de profil, de dépister la fente claire prévertébrale, qui révèle d'une manière très précoce le début du décollement de l'œsophage par l'épanchement gazeux en train de se constituer. Cette image est absolument caractéristique, toutes les observations récentes la mentionnent. Von Eicken avait proposé l'examen radiologique systématique, après toute endoscopie un peu difficile, jugeant qu'on pouvait ainsi déceler une grande quantité de perforations sans histoire clinique : ce qu'il avait appelé les « perforations radiologiques ». En fait, chaque fois que l'on a des raisons de craindre une perforation, il faut recourir aux rayons, et même refaire des examens toutes les quelques heures.

Bien entendu, au bout d'un certain temps, l'épanchement gazeux va devenir considérable, mais à ce stade la perforation est devenue tellement évidente que l'intérêt de la radioscopie devient un peu secondaire. Il faut tout de même recourir à cet examen, surtout pour aider à la recherche éventuelle d'un corps étranger, qu'il se trouve dans l'œsophage, ou qu'il ait émigré dans le médiastin à la faveur de la perforation.

Dans beaucoup d'observations, le radiologue a essayé de faire avaler une bouillie opaque. Cette épreuve semble bien séduisante : lorsqu'on peut voir la baryte s'épancher dans la plèvre ou dans le médiastin, ou encore descendre dans la trachée ou injecter une bronche, le diagnostic de perforation devient indiscutable.

En pratique, cette épreuve ne doit être conseillée qu'avec beaucoup de prudence. Souvent elle n'est pas possible, le malade ne pouvant même pas avaler une goutte d'eau. Mais surtout, sa parfaite inocuité reste à démontrer. Même stérile, la bouillie opaque se charge fatalement de germes pendant sa traversée buccale : le passage de ce liquide septique à travers la perforation ne semble guère indiqué. De plus, la stagnation de la bouillie dans le conduit peut rendre encore plus laborieuse la recherche endoscopique éventuelle d'un corps étranger.

c) *Le pronostic*. Il ne suffit pas de dépister la perforation, il faudrait pouvoir en dire l'évolution probable. Rien de plus difficile. Certes, on peut porter d'emblée un pronostic très réservé lorsqu'il s'agit d'un malade fatigué, vu tardivement, qui présente des signes infectieux, à plus forte raison s'il se trouve déjà en pleine médiastinite septique. Mais lorsqu'il s'agit d'une perforation récente encore apyrétique, avec peu d'emphysème, aucun élément ne nous autorise à dire, à priori, s'il s'agit d'un cas grave ou d'une de ces perforations bénignes dont nous avons parlé plus haut. Il est des cas en apparence désespérés qui évoluent favorablement : comme chez ce malade d'Imperatori, dont l'œsophage avait été littéralement lacéré par une lame de rasoir, mais qui guérit fort bien. Il y a, en revanche, des perforations silencieuses, pauvres en symptômes, souvent minuscules, par piqûres d'épingle, par exemple, assez bien tolérées au début, mais qui se révéleront quelques jours après comme extrêmement meurtrières.

Le point de vue médico-légal

Les tribunaux n'admettent guère l'excuse d'un faux-mouvement ou la thèse de l'accident opératoire imprévisible (Simonin). Or, la perforation de l'œsophage, hormis le cas du corps étranger, soulève presque toujours l'hypothèse d'une faute. En fait, il est bien rare, au moins en milieu hospitalier, qu'on puisse incriminer une maladresse ou une imprudence. Presque toutes les perforations concernent des œsophages aux parois enflammées, ulcérées, amincies. Aucun opérateur ne peut se prétendre à l'abri de cet accident, qui s'explique surtout par « la nature même des lésions qui ont motivé l'examen endoscopique » (Lemaître).

Dans un cas malheureux, notre législation ne prévoit point d'enquête judiciaire automatique, contrairement à ce qui a lieu dans certains pays étrangers. Il appartient donc uniquement à la

victime ou à sa famille de prouver la faute opératoire : mieux encore, le plaignant doit prouver qu'il y a eu réellement perforation. Or il n'est nullement nécessaire qu'il y ait eu perforation pour déclancher une flambée de médiastinite : les médiastinites par propagation, admises par von Hacker, ne sont pas tellement exceptionnelles. On a même signalé la possibilité de pleurésie purulente, sans qu'il y ait eu perforation (Soulas).

Dans le doute, le contrôle nécropsique réglera le litige : les familles savent très bien passer outre à leur répugnance, du moment qu'il s'agit d'obtenir une indemnité.

L'autopsie dégage d'ailleurs souvent la responsabilité de l'opérateur. Nous nous rappelons le cas d'une femme obèse, morte par asphyxie brutale 24 heures après l'extraction d'un os de mouton, pratiquée sans difficulté par un de nos amis : l'autopsie montra l'absence d'épanchement médiastinal, un œsophage intact, ne laissant pas fuir l'eau, mais des lésions bilatérales et diffuses de suffusion hémorragique des poumons. La famille, pressée de questions, avoua que la malade avait présenté des troubles cardiaques : il fut facile de lui prouver que ses plaintes contre l'opérateur n'étaient pas justifiées.

Traitement

Contre le *péril vasculaire*, nous sommes pratiquement désarmés. Contre le *péril médiastinal*, nous disposons au contraire de moyens nombreux et efficaces.

a) Il faut absolument *mettre l'œsophage au repos* complet. Il faut donc interdire toute boisson, même stérilisée, obtenir du patient qu'il crache sa salive. Des injections d'atropine diminueront à la fois la sécrétion salivaire et les contractions du conduit. On veillera à réhydrater le sujet par voie rectale ou parentérale, en surveillant la diurèse.

Un régime aussi draconien ne peut pas être imposé plus de quelques jours, mais cela suffit presque toujours pour laisser à la perforation le temps de guérir sous l'effet des mesures que nous verrons plus loin.

Si l'on prévoit qu'il ne sera pas possible de reprendre l'alimentation par la bouche avant des semaines, une gastrostomie doit être envisagée, mais on attendra pour la faire que l'état général du malade soit déjà meilleur.

b) Le *traitement général anti-infectieux* peut être mis en œuvre sans retard, souvent même avant que le diagnostic de perforation ne soit tout à fait sûr. Nous disposons de deux voies, rectale et parentérale. Les sulfamides ont donné de beaux résultats, il en faut évidemment des doses considérables. Ainsi, dans un cas particulièrement grave de perforation au tiers inférieur, Heatly a réussi à guérir son malade sans faire autre chose que des sulfamides, l'œsophage ayant été mis au repos complet. Il fit une gastrostomie au quatrième jour, administra les sulfamides douze jours et put autoriser la reprise de l'alimentation buccale au 23e jour. Il existe maintes observations analogues dans la littérature anglo-saxonne.

Il va de soi que, dès maintenant, il semble plus logique de recourir d'emblée à la pénicilline. Cette médication s'applique encore mieux au cas qui nous occupe, parce qu'elle est exclusivement injectable, tout en étant très bien tolérée, même si le traitement doit durer 15 jours, on ne peut toujours en dire autant des sulfamides.

Il ne faut pas craindre de donner des doses fortes. En présence d'une perforation certaine, mais récente, sans symptômes infectieux, on peut conseiller 3 à 400.000 unités par jour, à titre de « traitement préventif ». Lorsque les accidents septiques ont déjà fait leur apparition, la dose journalière doit être de l'ordre du million d'unités.

c) Les *interventions endoscopiques* n'ont ici que peu de place, car leurs indications semblent bien limitées. Ablation d'un corps étranger ? Oui, si elle doit être facile, n'ajoutant rien aux dégâts. Mais s'il y a déjà eu des tentatives infructueuses, si le corps du délit est enclavé, ou même extra-œsophagien, vouloir s'obstiner serait une folie. On risque de remuer un foyer septique, de créer une brèche encore plus large, de rompre peut-être des adhérences protectrices en train de se constituer. Il vaut mieux entreprendre l'ablation à ciel ouvert.

On aura quelquefois intérêt à essayer de mettre une sonde, sous contrôle endoscopique et à la laisser à demeure pour alimenter le malade sans lui infliger de gastrostomie. Encore faut-il que le passage de la sonde ne soit pas gêné par la réaction inflammatoire.

La seule indication majeure consiste à ouvrir et drainer éventuellement un abcès par les voies naturelles. Une collection qui bombe vers l'intérieur du conduit peut-être ponctionnée à la pince et vidée par aspiration. On se rappelle l'observation maintenant classique de Grivot, qui réussit à enlever un corps étranger latéro-œsophagien, une vis de compas, à la faveur d'une ouverture d'abcès. Si le drainage par voie interne ne suffit pas, reste toujours la ressource d'intervenir par voie externe (Barrets).

d) Les *opérations par voie externe* présentent, contrairement aux précédentes, des indications multiples. Nous n'insistons pas sur la simple incision d'un phlegmon sus-claviculaire circonscrit, qui a pu suffire, avons-nous déjà dit, dans des cas particulièrement favorables, mais rares. En fait, il faut en faire beaucoup plus : ouvrir largement les espaces celluleux péri-œsophagiens, les drainer, barrer la voie à la diffusion septique par un tamponnement à ciel ouvert, accessoirement essayer d'obturer la perforation.

Dans l'immense majorité des cas, on peut intervenir par *voie cervicale*, sans toucher ni au squelette, ni à aucun viscère, suivant la technique décrite pour la première fois par Marschik, de Vienne, technique perfectionnée et vulgarisée notamment par Pearse, Healey, Piquet et Deburge, Guns, entre autres. Une grande incision sur le bord antérieur du sterno permet de s'insinuer, après section de l'omoïdien et de la veine thyroïdienne latérale, entre la trachée et les gros vaisseaux. On aborde ainsi l'œsophage cervical, que l'on libère complètement des organes voisins. Pearse a insisté sur la nécessité de bien décoller l'œsophage des plans prévertébraux, en allant le plus bas possible. Deburge a montré qu'on peut décoller le conduit jusqu'au niveau de la quatrième dorsale, Grace et Irwin disent même que le doigt doit percevoir les battements de la crosse.

Ceci fait, on enlève un corps étranger à ciel ouvert, s'il y a lieu. On ouvre parfois une collection profonde, ce qui permettra de la drainer efficacement. On libère l'emphysème, ce qui met à l'abri des accidents dyspnéiques. On empêche enfin la diffusion septique de continuer, en tamponnant les espaces celluleux au moyen de grandes mèches, imprégnées de sérum antigangréneux, de sulfamides associés ou non à l'iodoforme, ou de pénicilline.

Cette opération est très bien réglée, elle est vraiment élégante, parce qu'elle répond à toutes les indications : curative, lorsqu'elle draine une médiastinite ou en enraye l'évolution, préventive aussi, puisqu'elle peut en empêcher l'apparition.

Faut-il obturer la perforation ? Koch conseille de le faire toujours. Certes, cela semble logique : on n'a pas l'idée de drainer un péritonite sans enfouir la brèche intestinale responsable. En réalité, une telle réparation peut se révéler bien difficile, surtout si la perforation est bas située : on manque d'étoffe, les sutures ne tiennent presque jamais. L'expérience nous apprend d'ailleurs que ces perforations finissent par se cicatriser toutes seules. Donc, essayer d'aveugler la brèche, si elle est large et facilement accessible, mais seulement si cela ne complique et n'allonge pas trop l'acte opératoire.

La tradition veut qu'on opère du côté gauche, l'œsophage est plus accessible, le récurrent plus facile à voir et à ménager. Grace estime qu'il faut faire la cervicotomie bilatérale : la cellulite septique ne connaît aucune frontière entre le cou et le médiastin, elle n'en connaît pas davantage entre les côtés droit et gauche.

Bien entendu, là où les plaies opératoires sont laissées largement ouvertes, le malade sera couché tête basse et même en déclive, cela favorise le drainage. Les pansements seront quotidiens, l'aspiration les facilite beaucoup. La cicatrisation, qui peut demander plusieurs semaines, doit être contrôlée de profondeur en surface.

Dans les cas exceptionnels, où il existe une suppuration très bas située, au voisinage même du diaphragme, le drainage par voie cervicale peut se montrer insuffisant. Il faut alors recourir à une médiastinotomie vraie, par voie transthoracique postérieure. Mais il s'agit là d'une intervention infiniment plus délicate et dont le pronostic est bien différent de celui de la cervicotomie, relativement facile et rapide, et qui suffit heureusement à la grande majorité des cas.

Telles sont nos armes. L'accord est loin d'exister entre les divers auteurs sur leurs indications respectives.

Pour beaucoup d'auteurs, la nécessité de la cervicotomie ne peut pas se discuter, du moment que le diagnostic de perforation est certain. L'indication opératoire est tout aussi impérieuse, à leurs yeux, que pour une perforation d'ulcus ou d'appendice. Lederer et Fischman sont les parrains du terme « médiastinotomie prophylactique ». Grace et Irwin estiment qu'on n'a jamais le droit de compter sur la formation d'adhérences ou d'un abcès circonscrit, pas plus que de s'en rapporter aux sulfamides. La rapidité de diffusion de l'infection, disent-ils, peut dépasser toute imagination, cela justifie par conséquent l'opération systématique. Iglauer va jusqu'à soutenir qu'une opération inutile ne présente pas d'inconvénients, ou en tous cas moins d'inconvénients que l'abstention. Galloway, Guns sont aussi franchement interventionnistes.

Du côté des attentistes, nous trouvons aussi de nombreuses

opinions autorisées. Guns lui-même reconnaît que les grosses perforations ne sont pas fréquentes et qu'il s'agit, le plus souvent, de toutes petites éraillures. Or l'expérience montre que ce genre de petites blessures guérit très souvent par la simple mise au repos de l'organe (Arbuckle). Il y a incontestablement de nombreuses guérisons sans cervicotomie (Pearlman). Hollinger est résolument partisan de la temporisation, tout en restant d'ailleurs prêt à opérer dès que l'état du malade viendrait à l'exiger. Piquet et Deburge admettent, eux aussi, une attitude d'expectative dans de nombreux cas. Baum a publié un cas de perforation par corps étranger, chez un enfant de deux ans, avec emphysème important, œdème du cou, et qui guérit sans médiastinotomie : sous l'effet du seul traitement médical, l'emphysème régressa et disparut au 12[e] jour. Le corps étranger ne fut enlevé que le 17[e] jour, dès que Baum jugea l'état général compatible avec une extraction endoscopique. Baum reconnaît lui-même qu'il a été bien loin dans la voie de la temporisation et que, s'il a eu l'audace de s'abstenir, c'est que l'amélioration clinique était journalière, franche et continue. Son observation nous apprend au moins que l'extraction d'urgence des corps étrangers n'a peut-être pas toujours la valeur d'un dogme, contrairement à nos habitudes. Il est parfois plus sage, plus facile de savoir attendre ?

Il est bien difficile de prendre parti dans ce débat. Certes, vouloir opérer tous les malades sans exception, c'est peut-être pécher par excès. Mais d'un autre côté, une temporisation excessive peut aboutir à un tel désastre, qu'il vaut peut-être mieux trop en faire que pas assez. En réalité, toute la pierre d'achoppement de cette discussion consiste en l'extrême difficulté du pronostic. Tous les auteurs que nous venons de citer ont vu des cas d'apparence bénigne se terminer par une catastrophe soudaine. Mais, en revanche, on peut se trouver bien embarrassé, lorsqu'ayant conseillé l'opération à un malade qui la refuse, on le revoit ensuite ayant guéri tout seul...

En pratique, il faut éviter les solutions systématiques. Il existe des cas incontestablement graves : grosse perforation, frappant un œsophage septique, chez un malade débilité, vu tardivement, avec un gros emphysème clinique ou radiologique et des signes infectieux menaçants. L'intervention ici ne se discute pas : il faut faire tout de suite la cervicotomie, souvent bilatérale, et aussi la gastrostomie. La pénicilline aidant, on sauvera souvent le malade : l'opération a pu donner des déceptions, mais c'était à une époque antérieure aux moyens anti-infectieux actuels, et surtout lorsqu'on s'était décidé trop tardivement à intervenir.

Il existe au contraire des cas franchement bénins : on peut alors attendre, à condition d'exercer une triple surveillance, clinique, radiologique, et même hématologique. « On peut attendre plus longtemps qu'on ne le faisait autrefois » (Pearlman) : l'usage de la pénicilline permet en effet de gagner du temps, et cela peut être précieux, lorsqu'il faut transporter le malade dans un centre bien outillé, mais lointain.

Restent les cas douteux. On se basera sur la résistance générale du malade, son âge, son degré de déshydratation, sur le siège de la perforation : il est évident qu'une perforation du tiers inférieur du conduit présente plus de risques qu'au niveau du segment cervical et commande, par conséquent, une attitude plus active.

Le point essentiel est d'agir à temps, *avant le stade des complications*. Rien de plus facile, à condition que tout candidat à une exploration difficile de l'œsophage soit obligatoirement maintenu hospitalisé 24 à 36 heures. Dans ces conditions, sauf quelques cas malheureux, la perforation ne devrait plus être un arrêt de mort. Elle demeure, néanmoins, un accident redoutable, et qu'il faut tout faire pour éviter.

BIBLIOGRAPHIE

BANK. — Blessure fatale de l'aorte par arête de poisson déglutie : *Jama*, août 1943 (contient une revue très complète de la littérature).
BAUM. — C. E. de l'œsophage : perforation, médiastinite, guérison. *Archives Otolaryngology*, novembre 1943.
BRATESCU. — A propos des C. E. perforants de l'œsophage, *Comm. Sté Broncho-œsophag.*, séance du 21-11-1933.
CUMMINGS. — Deux cas de perforation de l'œsophage par C. E., guérison. *Jall Maine Med Association*, août 1941.
GRACE et IRWIN. — Perforation de l'œsophage cervical. *Surgery*, octobre 1943 (contient une revue importante).
GREZ. — Deux cas de médiastinite par perforation de l'œsophage, succès de la pénicilline. *Revista brasileira de laringologia*, septembre 1945.
GUNS. — Œsophagotomie et médiastinotomie, *Annales d'otolaryngologie*, 1937.
HAJEK. — Un cas de blessure de l'œsophage par C. E. Sté *otologie de Vienne*, 29 mai 1933.
HEINDEL. — Plaie de l'œsophage par C. E. *Sté viennoise Orl.*, 4 juillet 1933.
HEALEY et PEARSE. — Traitement des perforations de l'œsophage, *Annals of Otology*, décembre 1932.
HEATLY. — Perforations du tiers inférieur de l'œsophage. *Annals of Otology*, décembre 1944.
HOFER, KOCH, KRATSCHWILL. — Les perforations de l'œsophage. *Société médicale de Styrie*, 30 janvier 1942.
HOLINGER. — Complications des perforations de l'œsophage. *Annals of Otology*, septembre 1941.
LEDERER et FISHMAN. — La médiastinotomie prophylactique pour perforations de l'œsophage par corps étrangers. *Archives of Otolaryngology*, avril 1934.
PAUL et LAGE. — Perforation de l'œsophage par un gastroscope flexible. *Jama*, 26 juin 1943.
PEARSE. — L'opération pour perforation de l'œsophage cervical. *Surgery, Gynecology, Obstetrics* 56 : 192, 1933.
PIQUET et DEBURGE. — Les perforations récentes de l'œsophage cervical. *Annales d'Oto-Laryngologie*, 1935.
TOUROFF. — Perforations de l'œsophage par un gastroscope flexible. *Annals of Surgery*, septembre 1941.

A propos d'une piqûre de guêpe

Par M. BRELET (de Nantes)

« Le moi est haïssable », a écrit Pascal. Et cependant, il me faut, au début de cet article, parler de moi.

Le 30 août, à 18 h. 50, je suis, dans mon jardin, piqué par une guêpe à la face dorsale de la première phalange du médius droit ; je retire l'aiguillon planté dans la peau. La douleur est assez vive ; tout autour du siège de la piqûre, il se forme un cercle blanc ; vaso-constriction sans doute. Très rapidement, au delà de cette zone blanche, la première phalange se tuméfie et l'œdème gagne le dos de la main ; c'est un œdème blanc et dur qui remonte et atteint le poignet vers 19 h. 30 ; il y a aussi un œdème, plus serré, à la face palmaire de la main, des premières phalanges des doigts ; ceux-ci sont engourdis et, en dînant, j'ai quelque peine à tenir une cuiller. A ce moment survient une sensation de gonflement de la lèvre supérieure et d'agacement au niveau des gencives. J'allais m'examiner la cavité buccale quand je fais le diagnostic d'urticaire de la bouche en ressentant des démangeaisons et en constatant des plaques ortiées sur les avant-bras.

Assez surpris par tout cela, ne connaissant rien de la question piqûres de guêpes que l'on n'apprend ni pour l'internat, ni pour l'examen de pathologie interne, n'ayant jamais observé d'accidents de ce genre, je cherche des renseignements dans les Traités de Médecine ; je n'y trouve rien ; dans le Dictionnaire Larousse, je lis que les piqûres de guêpes peuvent entraîner la mort — je suis inquiet — mais seulement si elles sont multiples. Me voici rassuré ; je ne le restai pas longtemps, car, à 20 h. 30, la situation s'aggrava brusquement : malaise général, sensation très désagréable d'angoisse, sueur froide au front, tendance syncopale. On doit me soutenir pour que j'aille rapidement m'allonger sur un lit. Je fais téléphoner à mon confrère et ami le docteur Dauptain, le priant de venir me remonter et le cœur et le moral. Quand il arrive, un quart d'heure plus tard, je me sens déjà beaucoup mieux, mais ma tension artérielle est à 12, au lieu de 16, son chiffre habituel, et elle était sans aucun doute beaucoup plus basse quelques minutes auparavant. Le diagnostic est donc : choc colloïdo-clasique. Est-il nécessaire de faire une injection sous-cutanée d'adrénaline, d'une remarquable efficacité en pareil cas ? Nous ne le pensons pas. Le D[r] Dauptain a l'amabilité de rester à causer avec moi pendant un assez long moment ; quand il a bien vu que j'avais repris tout mon dynamisme, il me quitte après m'avoir conseillé de prendre de l'Emgé (ce que j'ai oublié de faire). Je dors bien, l'urticaire étant à peine prurigineuse, et, le lendemain, je me lève très dispos ; l'œdème de la main et l'urticaire, qui s'était étendue un peu partout, disparaissent dans la journée.

C'était la première fois que j'étais piqué par une guêpe ; j'ai eu, en janvier 1945, une petite atteinte d'urticaire, d'origine inconnue.

La guêpe est donc un méchant hyménoptère dont le venin peut provoquer des accidents généraux assez sérieux. Ces accidents ont dû exister de tout temps, mais ils sont surtout observés chez les paysans ; or, nos confrères qui exercent à la campagne ne remplissent pas beaucoup — pas assez — les colonnes des journaux de médecine de leurs observations cliniques. Les auteurs — tous citadins — d'articles didactiques ne pouvaient mention-

ner ces faits puisqu'ils ne les connaissaient pas. C'est ainsi que dans le Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, où l'on trouve presque toujours une très riche documentation, Laboulbène ne signale, à propos des guêpes, que les accidents locaux amenant parfois la mort quand une piqûre de la bouche entraîne la suffocation par œdème du voile du palais et du pharynx. Depuis une vingtaine d'années, la bibliographie de cette question s'est enrichie ; les phénomènes généraux, suite des piqûres d'abeilles et guêpes, ont attiré l'attention et ont été, tout d'un coup, trouvés très intéressants, depuis qu'on les a fait entrer dans le cadre des accidents de choc.

En 1928, Mantoux publie un cas de choc par piqûre de guêpe chez un tuberculeux (1). A Lyon, le 7 juin 1935, M. Rey présente et soutient une thèse sur les effets des piqûres d'hyménoptères aculéates ; le venin de ces insectes est de nature colloïdale ; son action est celle d'une protéo-toxine, plus grave si l'aiguillon pénètre dans un vaisseau intra-dermique, le venin passant aussitôt dans la circulation sanguine, plus grave encore quand il y a eu des piqûres antérieures (ce qui n'était pas mon cas ; pas d'aréole rouge autour de la piqûre, qui était la première).

M. Marmasse (de Chevilly, Loiret) fait paraître dans le *Monde Médical* du 1er septembre 1937 une très belle observation dont voici le résumé : une jeune fille est piquée à l'index par une guêpe ; quelques secondes plus tard, violent malaise, nausées, coliques, gonflement des paupières, puis la jeune fille a une éruption urticarienne et tombe en syncope ; quand M. Marmasse arrive auprès d'elle, le pouls est imperceptible, la tension artérielle effondrée à 7-3. Une injection d'adrénaline produit de merveilleux effets, la tension remonte à 9-5 ; un deuxième milligramme d'adrénaline la porte à 10-5, puis 12-7 ; en somme, grand choc humoral avec collapsus cardio-vasculaire moins d'une minute après la piqûre d'insecte. Le point de piqûre étant cerné d'une aréole hématique, on peut supposer que l'aiguillon a réalisé une injection intra-vasculaire de venin.

Les lecteurs du *Monde Médical* furent très intéressés par cet article et deux d'entre eux envoyèrent au journal des observations analogues que M. Bouquet commenta dans le numéro du 15 octobre. M. Rigal est appelé d'urgence auprès d'une dame qui, une demi-heure après avoir été piquée par une guêpe, est dans un état grave : oppression, sensation d'angoisse, collapsus cardiaque ; il fallut plusieurs injections d'éther, d'huile camphrée, de caféine pour la mettre hors de danger ; ceci se passait à une époque où les phénomènes de choc et le traitement par l'adrénaline n'étaient pas connus. Puis, c'est une observation de M. Rabourdin : un jeune homme est piqué par plusieurs guêpes sans en ressentir autre chose que la douleur des coups d'aiguillon, mais, trois semaine plus tard, piqué par une seule guêpe, il est, dix minutes après, en syncope, le corps couvert d'énormes plaques d'urticaire ; la crise cède très rapidement à une injection d'adrénaline ; dans ce cas, anaphylaxie évidente, injection préparante par des piqûres multiples, injection déchaînante à dose minime de venin.

A signaler encore la thèse de M. Kowalski (2), avec le cas d'un homme de 30 ans, très robuste qui, quelques minutes après une piqûre de guêpe, tombe sans connaissance ; le visage est cyanosé, la tension imprenable ; cet homme avait été piqué par une guêpe deux semaine auparavant.

MM. G. et A. Petges (3), étudiant les urticaires, rappellent que la plupart se rattachent à la diathèse colloïdo-clasique. MM. Pasteur-Vallery-Radot et Rouquès notent l'urticaire à la suite des piqûres de guêpes, comme révélateur des profondes perturbations humorales qui se produisent dans la crise colloïdo-clasique.

Veillons donc à ne pas être piqués par les guêpes, surtout si nous l'avons été déjà, car les phénomènes de choc sont plus fréquents et plus graves dans ces derniers cas ; c'est l'anaphylaxie. Pour les accidents généraux qui surviennent à la première piqûre, il faut invoquer une sensibilité particulière. D'après M. Kowalski, les ivrognes et les rhumatisants résistent bien au venin des hyménoptères ; y sont au contraire particulièrement sensibles ceux qui ont un déséquilibre neuro-végétatif correspondant à la vagotonie. Je savais n'être ni ivrogne, ni rhumatisant ; j'ignorais être vagotonique. Une *Vespa vulgaris* me l'a appris.

(1) La *Presse Médicale*, février 1928. Je n'ai pu lire cet article. J'aurais voulu consulter aussi la thèse de M. Legal (Paris 1922). Mais la Bibliothèque de l'Ecole de Médecine de Nantes ayant été mise à mal par le bombardement du 16 septembre 1943, ses précieuses collections de thèses et de périodiques ne sont plus complètes.

(2) B. Kowalski. Accidents anaphylactiques par piqûres d'hyménoptères porte-aiguillons. Thèse de Paris 1939.

(3) Article Urticaires. *Encyclopédie médico-chirurgicale.*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 5 novembre 1946

M. le Président souhaite la bienvenue à MM. Mariano Castex (de Buenos-Ayres), Navarro (de Montevideo) et Danielopolu (de Bucarest) présents à la séance.

Nécrologie. — Le Président fait part à l'Académie du décès de M. Segura (de Buenos-Ayres), correspondant étranger.

Election. — M. Leriche, associé national, est élu membre titulaire dans la section de chirurgie, en remplacement de M. Fredet.

Influence des saignées sur la diminution de l'immunité antitétanique chez le cheval. — MM. Le Metayer, Nicol, Mathied, Girard et Corvazier. (Présentation faite par M. Tréfouël). — Des saignées fréquemment renouvelées entraînent une baisse importante du degré de l'immunité chez les sujets vaccinés et peuvent transformer un taux normal de l'antitoxine spécifique en un taux limite et un taux limite en taux insuffisant.

Les vaccinés ayant subi des émissions sanguines importantes doivent donc recevoir une nouvelle injection d'anatoxine qui provoque une formation importante d'antitoxine quelle que soit la chute de l'immunité.

Ceci peut trouver application en ce qui concerne les donneurs de sang.

Essais de traitement de la fièvre typhoïde par la pénicilline, les sulfamides et les transfusions de sang. Résultats satisfaisants de la sulfamidothérapie associés aux transfusions. — MM. Dana, Corcos et Halfon (Présentation faite par M. Laigret).

La vaccination antityphoïdique n'ayant pénétré que dans les milieux militaires, la fièvre typhoïde partout ailleurs en Tunisie est demeurée fréquente et grave. La pénicilline, les sulfamides employés isolément n'ont pas influé sensiblement sur la maladie. Chez 18 malades, les auteurs ont obtenu des guérisons au cours d'une épidémie sévère en associant sulfamides et transfusions sanguines au cours des 2e et 3e septénaires. Les sulfamides sont inefficaces au début de l'évolution et n'agissent que lorsque l'organisme a commencé de produire ses anticorps. Les transfusions, même venant de donneurs non immunisés, renforcent leur efficacité. Le traitement n'a donné lieu à aucun choc ni aucun incident.

Les facteurs hormonaux intervenant dans la régulation chimique de la température des homéothermes. — M. Schaeffer. — La régulation thermique met en jeu un mécanisme chimique. Des hormones sont libérées dès la première sensation de froid. On connaît le rôle de la thyroxine et de l'adrénaline, mais non le mécanisme de leur action. De même pour d'autres hormones. Les expériences sur des rats les uns normaux, les autres privés de diverses glandes endocrines ont montré que parmi les calories libérées chez le rat normal par des oxydations relevant de la régulation chimique 14 % résultent de l'action de la thyroïde, 40 % de la médullo-surrénale, 28 % de facteurs hypophysaires autres que des hormones thyréotropes et adrénotropes, 18 % de facteurs indéterminés en rapports indirects avec l'hypophyse.

Les migraines et leurs rapports avec les affections de la vésicule biliaire. — MM. Brulé et Pestel. — Les céphalées et les migraines rebelles sont fréquentes au cours des affections vésiculaires. Elles sont dues à une cellulite de la nuque conditionnée par des troubles vésiculaires et intestinaux. La cellulite s'observe dans des cholécystites chroniques d'origine intestinale ou dans des cholécystites chroniques d'origine lithiasique.

Le diagnostic dans le cas de l'origine intestinale est souvent délicat, mais un traitement purement médical et thermal amène la guérison.

Dans le cas de lithiase, la cellulite existe toujours mais la céphalée peut manquer. Il faut savoir trouver la cellulite.

L'hérédité cholécystique, mais sans similitude de variété, peut se retrouver chez des migraineux.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 6 novembre 1946

Fistule vésico-vaginale traitée par électro-coagulation. Guérison. — M. Lauthier. — Rapport de M. Fey.

Un nouveau procédé de suture pour rétablissement de la continuité intestinale après résection d'un cancer recto-

sigmoïdien par voie sacrée ou abdomino-sacrée. — M. Ballivet. — M. d'Allaines recommande ce procédé que l'auteur a utilisé sept fois avec succès et M. d'Allaines cinq fois. Il effectue une intubation après avoir réséqué la muqueuse du fragment dans lequel est fait l'invagination et suture uniquement les tuniques externes.

Résection intra-péritonéale en un temps du dolichosigmoïde. — M. Luccioni. — M. Sénèque rapporte ce travail dans lequel l'auteur, conserve les feuillets péritonéaux du dolichosigmoïde pour les rabattre ensuite sur la suture intestinale.

M. Quénu estime que, en opérant à froid, il n'y a aucun danger à faire une résection suivie de suture immédiate sans drainage ni dérivation.

M. Sénèque est d'accord avec M. Quénu pour dire qu'il faut opérer peu les dolichosigmoïdes mais il y a tout de même des cas où la résection est formellement indiquée.

Gastrectomie totale pour cancer de l'antre pylorique avec adénopathie de l'épiploon gastro-splénique et du petit épiploon. Guérison. — M. Joyeux. — M. Sénèque, rapporteur.

Note à propos de l'hémostase des plaies artérielles dans les blessures de guerre. — M. Rouhier utilise l'hémostase préventive et temporaire à distance pour effectuer sans difficulté ensuite le traitement direct de la lésion artérielle.

Diverticule de l'œsophage cervical chez un vieillard. Ablation en un temps. — M. Ballivet. — M. Truffert rapporte cette observation intéressante par le fait qu'il s'agissait d'un malade en état de dysphagie absolue ayant nécessité une gastrostomie préalable.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 18 octobre 1946

L'acide folique dans le traitement des anémies pernicieuses. — MM. Benard, Rambert, Gajdos, Van den Broucke. — 10 cas d'anémie ont été traités par l'acide folique : 7 échecs concernant des anémies secondaires, 3 des anémies pernicieuses. Le premier malade, avec une anémie de 1.240.000 GR, a présenté une crise réticulocytaire atteignant 40 % au 7e jour. Chez le deuxième, des ponctions sternales ont montré la disparition des mégaloblastes. D'après l'auteur, l'activité de l'acide folique dans l'anémie pernicieuse et les anémies macrocytaires est comparable à celle des meilleurs extraits hépatiques.

Sur un cas de thrombo-phlébite cérébrale post-puerpérale. — MM. Raymond Garcin et M. Pestel. — Les auteurs rapportent le cas anatomo-clinique d'une observation semblable survenue après un accouchement compliqué de phlébite pelvienne. Ils rapportent ensuite les facteurs étiologiques responsables des thromboses veineuses, et signalent un cas au cours d'une septicémie veineuse subaiguë. Ils montrent le caractère parfois curable des accidents et soulignent le rôle souvent méconnu de la pathologie veineuse dans l'encéphale. Ils rappellent que Parrot et Hutinel ont étudié précédemment le ramollissement cérébral hémorrhagique d'origine veineuse chez l'enfant.

Image micronodulaire pulmonaire au cours d'une mononucléose infectieuse. — M. Boquin. — L'auteur, chez un enfant ayant présenté une angine banale, a constaté sur la radiographie du poumon une image micronodulaire, qui souleva le diagnostic de granulée tuberculeuse associée à une mononucléose infectieuse. La dyspnée qui était marquée alla en diminuant et l'image radiologique disparut si bien qu'au bout de 15 jours, l'enfant put quitter l'hôpital, guéri. Dans deux cas récents de mononucléose infectieuse, la radiographie pulmonaire a montré une tramite anormale.

ACTUALITÉS

A propos d'un récent ouvrage de diététique

MM. Charles Richet et Maranon (1), dans un important volume, viennent de réunir aux notions classiques, ce que leur expérience personnelle et les bouleversements prolongés de l'Europe ont ajouté d'éléments nouveaux. Les physiologistes ont apporté leurs travaux, les médecins les résultats de leur observation, certains ont pu même y joindre ce qu'a pu leur montrer une douloureuse expérience personnelle.

Le dessein des auteurs n'est pas de tout remettre en question de ce qui fut jusqu'ici admis, mais ils ont cherché et ont réussi à résumer et à synthétiser sans rien omettre de fondamental. Ils se sont souvent gardés d'un esprit primaire, exagérément systématique et simplificateur, souvent dédaigneux à priori des nuances ou des notions communément admises. On peut ainsi voir se rapprocher la solution de problèmes subsistants ou la conciliation entre contradictoires tout en maintenant la voie ouverte aux acquisitions futures.

Après avoir traité des besoins alimentaires de l'homme et des rations, les auteurs étudient l'insuffisance alimentaire et l'inanition. Nombre de leurs lecteurs reconnaîtront au passage leur propre expérience clinique, en particulier pour ce qui touche la famine et ses rapports avec les épidémies. Les auteurs y ont pu joindre des souvenirs « endurés », caution de leurs affirmations, qui donnent leur pleine valeur aux lignes de l'introduction où ils évoquent les méfaits de la famine mauvaise conseillère et mauvais berger.

Après avoir étudié la composition et la valeur des diverses catégories d'aliments ainsi que les maladies d'origine alimentaire, les auteurs abordent le problème des régimes, primordial pour la pratique médicale, leurs règles générales, ce qui touche la quantité et la qualité et surtout l'équilibre de la ration en ce qui concerne chaque espèce alimentaire.

Cette notion de l'équilibre diététique est l'une des plus récemment mises en lumière. De diverses façons et en divers lieux, les années que nous avons vécues et qui ne sont pas encore à leur terme en ont prouvé l'importance majeure.

D'autres points encore mériteraient un commentaire approfondi. Le souci d'être complet, important, mais que le progrès de nombreux travaux rend toujours sans réussite durable a un moindre intérêt à nos yeux que celui d'orienter le lecteur parmi la végétation touffue des travaux anciens mêlés aux récents, sans tomber dans l'excès de simplification ni oublier l'expérience ancienne.

Les travaux récents ont, en effet, parfois contredit les anciens. Les vitamines ne sont plus des éléments diététiques accessoires. Toutes sont nécessaires mais à des degrés divers selon les espèces animales, selon les races humaines, selon les climats, selon le régime alimentaire, ce qui est une autre face du problème de la variété. A calories égales et même avec un bon équilibre, un régime varié est plus avantageux qu'un régime uniforme. Une ration bien équilibrée sous un climat sera moins satisfaisante ailleurs du fait de la coutume alimentaire de ce lieu.

Le mystère de la composition chimique des vitamines se dissipe peu à peu ; on parle ainsi volontiers d'acide ascorbique, d'amide nicotinique ou d'ergostérol au lieu de vitamines C, PP, ou D, sans qu'il semble y avoir confusion. Le démembrement de vitamines d'abord considérées comme uniques (groupe B, groupe D) plaide dans le même sens.

---

(1) Ch. Richet et G. Maranon. Alimentation, aliments et régimes, Paris, Baillière, 1947.

La petitesse des doses a perdu son caractère à la fois hésitant et mystérieux. Les doses se précisent et l'échelle posologique n'est pas sans quelque analogie avec celle des substances hormonales, des antibiotiques ou de la vaccinothérapie.

Depuis les premiers travaux, le « jardin des vitamines » s'est enrichi et embroussaillé de façon parfois menaçante ; l'étude présente y apporte une réconfortante et agréable clarté sans barrer la route aux connaissances futures ni au remaniement des notions anciennes.

L'étude des carences telles qu'on les voit expérimentalement et qu'on a pu les observer en ces dernières années dans la honteuse expérimentation sur « matériel humain », de même que les hypervitaminoses, exceptionnelles chez l'homme, est faite ici de façon appropriée au but poursuivi. Aux notions schématiques se sont, en ces temps derniers, ajoutées bien des nuances en même temps que les notions anciennes pour un grand nombre se confirmaient ou se complétaient de façon pressentie ou non. Parmi les notions nouvelles, nous citerons les carences entrophiques, d'abord, où l'avitaminose D, par exemple, allie avec le rachitisme vrai l'aspect du « superbe bébé » ; les carences inapparentes, qui minent un organisme sans donner l'éveil, mais que révèle tout à coup à leur degré réel et avec leur gravité une affection intercurrente ; celles aussi, simples ou complexes, que révèle soudainement un régime alimentaire anormal et qui présentent ce paradoxe qu'un même régime peut, chez les divers sujets qui y sont soumis, provoquer des syndromes carenciels différents en raison des différences entre les carences latentes qui préexistaient chez eux ; les carences intriquées, enfin, telles que les a décrites Mouriquand.

A toutes ces carences on connaît depuis longtemps un caractère de réversibilité prolongée ; les premiers succès de la thérapeutique de remplacement en sont le témoignage. Cette réversibilité a pourtant un terme ; mieux encore que les travaux anciens, la pratique de la médecine des déportés a montré qu'un certain degré ou une certaine prolongation de la carence sont sanctionnés par l'irréversibilité.

Mieux enfin qu'aucune époque antérieure, les récentes années ont montré la possibilité et la fréquence des carences associées et des syndromes précarenciels avec l'imprévu complexe de leur pathogénie et de leurs aspects cliniques.

Une notion nouvelle à laquelle l'étude de MM. Richet et Maranon, réunissant les résultats épars des travaux de nombreux auteurs, donnent une expression claire, est celle de la parenté entre vitamines et hormones. Celles-ci semblent en effet avoir une influence notable sur le métabolisme des vitamines.

Dans certains cas l'action des vitamines s'ajoute à celles des hormones ; par ailleurs, dans nombre de cas, les hormones permettent aux vitamines de se transformer, de s'accumuler, de manifester leur activité.

Il convient aussi de ne pas oublier avec quelle constance les vitamines agissent sur le système nerveux, les unes agissant sur l'encéphale, d'autres sur l'encéphale et la moelle, d'autres enfin sur les ramifications des commandes motrices comme en témoigne leur action sur la chronaxie.

Non moins complexe est, chez l'homme, le retentissement de l'action vitaminique sur les phénomènes pathologiques.

Biologiquement l'analogie d'action des vitamines et des hormones ne paraît s'expliquer qu'imparfaitement par leur nature chimique. Alors, en effet, que les diverses vitamines se rattachent à des familles chimiques très diverses, on constate des analogies fonctionnelles ou des synergies avec des substances qui ne présentent avec elles nulle parenté chimique appréciable. C'est le cas pour nombre d'hormones ou d'acides aminés. Une différence primordiale est la thermolabilité des vitamines à laquelle s'oppose la thermostabilité des acides aminés. Pourtant l'absence des uns ou des autres indifféremment peut causer des troubles carenciels analogues ou être, de façon analogue, incompatible avec la vie. Si certaines vitamines ou certains acides aminés doivent être pensés préformés hors de l'organisme, il en est d'autres que l'organisme est capable d'édifier lui-même.

L'analogie d'action des uns et des autres est telle qu'Euler a pu les réunir sous une commune dénomination d'Ergones et qu'on a pu considérer que les vitamines sont de véritables hormones alimentaires externes, faisant pendant aux hormones internes. Les unes et les autres agissent à doses très faibles, sont plus ou moins thermolabiles et donnent, par leur déficit, des syndromes cliniques voisins : arrêts de croissance, altérations sanguines, lésions osseuses, troubles génitaux. Il est donc logique aussi d'admettre que les avitaminoses peuvent agir en troublant les fonctions endocrines.

Il est remarquable, également, que le trouble de la fontion de certaines glandes endocrines peut favoriser l'apparition de nombreuses avitaminoses ; les rapports entre les avitaminoses A et C et la fonction thyroïdienne ont, dès longtemps, attiré l'attention, l'action thyroïdienne, aussi, ne s'exerce de façon satisfaisante que pour une teneur normale en vitamines. Par ailleurs, les vitamines D et B semblent aussi stimuler la fonction thyroïdienne, de même que la vitamine E influe certainement sur la fonction des gonades et de l'hypophyse.

L'importance de l'intégrité de la fonction hépatique par rapport aux fonctions hématiques, était dès longtemps reconnue et trouve une explication acceptable dans les rapports entre certaines vitamines et le foie ; comme bien d'autres glandes endocrines celui-ci peut emmagasiner des vitamines. La synergie endocrino-vitaminique est actuellement admise et demande seulement d'être progressivement précisée.

De telles considérations du domaine humoral ne font pas oublier aux auteurs leur premier propos diététique ni l'importance de l'équilibre dans la ration. Cette équlibre est important non seulement entre les matières énergétiques de l'alimentation mais à un degré non moindre, entre les matières énergétiques et les vitamines.

L'action de la vitamine B, celle de la vitamine C, ont un rapport étroit avec l'ingestion des glycides ; la teneur suffisante en calcium de l'organisme est indispensable au jeu normal de la fonction vitaminique D. Entre vitamines, aussi, il est probable qu'un certain équilibre doit être conservé.

L'importance de l'équilibre s'étend plus loin encore : rôle du lest alimentaire et de sa proportion dans le jeu de la fonction intestinale ; rôle inoffensif ou nocif de certaines substances (« diétotonique » de Mouriquand) selon que la ration est équilibrée ou non.

Le résumé cursif de quelques-unes des pages de l'étude de MM. Ch. Richet et Marañon en montre assez l'intérêt pratique immédiat et témoigne du nombre de problèmes théoriques et pratiques qu'il expose et sur lesquels il attire l'attention et la curiosité des cliniciens.

Les auteurs ont donc atteint le but qu'ils se proposaient : être pratiques sans être primaires ; attirer l'attention sur l'aspect social, politique et hygiénique du problème de l'alimentation, problème de base à l'heure actuelle dans notre pays et dans le monde entier.

R. Levent.

CHRONIQUE

Leçon inaugurale de M. le professeur Guy Laroche

Le 7 novembre, le professeur Guy Laroche prononçait sa première leçon dans une atmosphère de chaude sympathie. Aux premiers rangs de l'assistance, les professeurs H. Hartmann, Carnot, Bezançon, Ombrédanne, Leriche, Lemierre, Harvier, Aubertin, Gastinel, le médecin général inspecteur Rouvillois. M. le recteur Roussy avait pris place au milieu de la délégation en robe qui groupait notamment autour de M. le doyen Binet les professeurs Guillain, Gougerot, Pasteur-Vallery-Radot, Chabrol, Hazard, Lévy-Solal, Richet, Vernes, les professeurs agrégés Garcin, Turpin, de Gennes.

M. le Doyen rappelle en quelques mots les travaux remarquables d'ordre tant neurologique qu'endocrinien du nouveau professeur. La réaction du benjoin colloïdal de Guillain, Laroche et Léchelle « a fait le tour du monde »...

M. Laroche, l'un des fondateurs de la Société d'Endocrinologie, succède aujourd'hui aux professeurs Carnot, Loeper, Harvier et Aubertin dans la chaire de thérapeutique.

Dans une très belle leçon, le professeur Laroche évoque tout d'abord ses débuts en médecine chez Tuffier et Troisier, son externat chez Babinski, son internat chez Queyrat, Chauffard, P. Marie et exprime sa reconnaissance au professeur Guillain qui l'accueillit dans sa famille comme un ami et l'associa à ses travaux.

De ses années de concours, il garde « la tristesse de journées perdues dans des joutes stériles » et l'auditoire ne manque pas d'applaudir l'opinion de Renan qui accusait la multiplicité des concours d'avoir produit en Chine une sénilité incurable.

Rappelant les possibilités thérapeutiques du début de ce siècle, M. Laroche développe ensuite la suite magnifique de travaux qui dans tous les domaines : chimiothérapie, physiothérapie, vaccins, hormonothérapie, transfusions, ont transformé la médecine curative et préventive. Mais ceci ne manque pas de poser des problèmes difficiles, tant pour l'expérimentation des médicaments que pour l'information des médecins qui doivent être de plus en plus savants et se garder de céder à la « mode en thérapeutique ».

La physiologie de l'homme malade est quelque chose de spécial qu'on ne peut élucider complètement par l'expérimentation sur les animaux, et ce n'est pas un des moindres problèmes qu'il souhaiterait de voir résolus par le développement de l'Institut de thérapeutique que fondait le professeur Loeper en 1936 et devant lequel s'ouvrent de vastes champs d'action qu'ont exploré à l'étranger certains centres d'études qualifiés.

Dans cette voie, et dans le respect absolu de la personne humaine, de vastes possibilités de travail s'ouvriront pour les jeunes qui auront à cœur de cultiver comme leurs devanciers « l'humanisme médical », ce sentiment de pitié et de charité envers ceux qui souffrent.

M. L. S.

INTERETS PROFESSIONNELS

Au Conseil national de l'Ordre des médecins

Le 23 octobre, dans une conférence de presse, le professeur Portes, président du Conseil national, a résumé les travaux des diverses sections entérinés au cours de la IIIe session.

Le Code de Déontologie est sans contestation une question primordiale. Elaboré dès mars 1946 par le Conseil national, transmis au Conseil d'Etat et dès juillet par lui au ministre, ce texte n'a pas encore été publié en dépit des demandes réitérées de l'Ordre et des assurances plusieurs fois renouvelées. Cette base juridique de l'Ordre des médecins, nécessaire aussi au fonctionnement de la sécurité sociale, ne se trouve donc pas retardée du fait des organismes professionnels qui, comme les médecins eux-mêmes, ne cachent pas un profond regret d'un retard imprévisible et qui leur est préjudiciable. Les conditions d'application du Code et les conditions de fonctionnement des organismes juridictionnels seront prochainement fixées d'un commun accord avec les conseils régionaux. Auparavant seront étudiées par une commission spéciale les problèmes touchant la dichotomie en prévision de son interdiction par le Code. Il sera aussi établi une formule permettant la juste rémunération des médecins traitants à l'occasion des actes chirurgicaux ou de spécialité.

Pour lutter contre l'avortement criminel le Conseil a, de première urgence, décidé de demander l'extension à tous les organismes du soin du registre de contrôle jusqu'ici spécial aux maisons d'accouchement ; il a résolu d'intervenir auprès du garde des sceaux afin qu'en cas d'inculpation de médecin le conseil départemental soit obligatoirement prévenu et puisse selon les cas se porter partie civile contre le médecin ou prendre sa défense.

En matière d'exercice illégal, le conseil propose à la Confédération des syndicats la création de commissions Ordre-syndicat pour l'instruction des affaires. Le cas échéant, le conseil départemental se porterait partie civile afin d'obtenir des dommages et intérêts, qui seraient ultérieurement ventilés entre Ordre et syndicats.

Des licences-type de remplacement, uniformes, seront préparées par le conseil national et proposées à tous les conseils départementaux.

Afin d'établir la liaison entre conseil national, conseils départementaux et confrères, plus parfaitement que par simples circulaires, le conseil propose dans les grands centres la création de Bulletins mensuels adressés à tous les médecins et dont une partie concernerait l'Ordre. Si ce Bulletin ne peut être matériellement réalisé, le système adopté dans les Hautes-Pyrénées semble pouvoir rendre les plus grands services.

Le budget annuel de l'Ordre a été approuvé. En raison des lourdes charges d'entr'aide, la cotisation sera en 1947 la même qu'en 1946. Diverses exceptions sont prévues : médecins âgés et d'activité réduite ; réduction facultative de 50 % sur avis favorable du conseil départemental donné pour chaque cas individuellement (de même pour les médecins inscrits mais n'exerçant pas (Institut Pasteur) ; honorariat et cotisation bénévole pour les médecins âgés n'exerçant plus. Exonération totale de la cotisation de leur première année d'exercice pour les jeunes médecins. Les médecins saisonniers versent cotisation unique au conseil départemental au tableau duquel ils sont inscrits.

Le timbre et le carnet-certificat, dans un but exclusif d'entr'aide seront généralisés à tout le territoire.

Le contrôle financier, purement comptable, sur les conseils départementaux, a commencé de s'exercer conformément à la loi.

Le Conseil national adresse ses remerciements chaleureux au Dr d'Ernst et aux médecins suisses pour l'accueil paternel réservé pendant trois mois dans des homes ou dans des familles de médecins à 154 enfants de médecins français.

Il a été versé à la Caisse de secours des orphelins de médecins (les besoins étant de 6.000.000 fr.) une somme de 2.000.000 par l'Ordre afin de diminuer son déficit.

Le conseil s'associe au vœu du conseil départemental de la Seine afin que soit rétablie la caisse d'allocations familiales des professions médicales.

Malgré l'appui promis par le ministre de la Santé publique, on ne peut prévoir le vote de la loi sur la retraite des médecins avant le début de 1947.

Il est nécessaire que le conseil national détermine sa politique vis-à-vis des organismes actuels d'entr'aide dont on ne saurait oublier les services. Le président a reçu mission de prendre contact avec eux pour envisager une action uniforme et contrôlée.

L'important problème de la qualification des spécialistes a reçu d'une commission mixte Ordre-syndicat des principes généraux. La Confédération recevra communication du projet qui sera établi. Accord donné, le projet général sera soumis aux organes départementaux.

La nomenclature a été étudiée aux points de vue secret professionnel et protection contre des retours masqués à la dichotomie. Ces suggestions ont été soumises à l'étude de la Confédération.

A l'unanimité le conseil a décidé de soutenir les médecins biologistes, de leur réserver mention explicite dans la nomenclature, d'obtenir une réforme du statut des laboratoires et d'obtenir que cette discipline médicale, qui est essentielle, lui demeure intégrée et absolument réservée. C'est à ses yeux une question capitale bien que n'intéressant directement qu'une minorité de confrères.

Il a étudié et adopté dans son ensemble le projet du ministre touchant la capacité professionnelle du dentiste et adressé aux ministres de la Santé, du Travail et de la Production industrielle ainsi qu'aux organismes médicaux intéressés, la motion votée à la dernière session touchant la médecine des mines.

En matière de médecine frontalière, d'accord avec le professeur Legrand (Bel-

gique), le conseil a décidé de demander la dénonciation des conventions en vigueur et leur remplacement par d'autres, établies par le conseil national lorsqu'il aura reçu les indications nécessaires de la Confédération des syndicats et des conseils départementaux.

Ont été également étudiés les problèmes de l'organisation obstétricale du territoire et les modifications à apporter à la lutte antivénérienne. Le conseil a confié au professeur Villey le soin de reprendre l'étude de l'équipement hospitalier.

⁂

Répondant à diverses questions posées, le président a notamment précisé que :

1° Les assistants de médecins qui ne sont ni inscrits au tableau ni patentés exercent illégalement ;

2° Les médecins fonctionnaires doivent être inscrits au tableau pour pouvoir, en sus de leurs fonctions officielles, exercer la médecine. Ils sont donc soumis à la cotisation.

Au cas où les médecins fonctionnaires sont exclusivement fonctionnaires et n'exercent pas, ils ne sont soumis à l'obligation ni de l'inscription ni de la cotisation ;

3° En ce qui concerne la sécurité sociale, la situation est encore confuse ; le ministère du Travail, en dépit d'une résistance qu'il n'ignore pas, manifestant l'intention que les médecins n'échappent pas plus que les autres catégories à l'assujettissement.

R. L.

Compte rendu succinct de la séance du 20 octobre 1946 du Comité de coordination et du Comité intersyndical des médecins de la région parisienne.

Le Comité de coordination des conseils départementaux de l'Ordre et le Comité intersyndical des médecins de la région parisienne, sous la présidence du docteur Rouzaud, se sont réunis le dimanche 20 octobre 1946 à leur siège social, 28, rue Serpente, à Paris.

La question du réajustement des honoraires, réajustement nécessité par la hausse croissante du coût de la vie et des frais professionnels, a été examinée sous tous ses aspects. Les représentants de chacun des cinq syndicats de la région parisienne ont exposé la situation existant dans leurs départements respectifs et indiqué la solution qu'ils avaient déjà donnée ou qu'ils se proposaient de donner à ce problème particulièrement urgent.

Les rapports avec les Caisses de sécurité sociale ont été également longuement évoqués, tant au point de vue de l'assurance maladie-maternité et des modifications à apporter à l'ordonnance du 19 octobre 1945 qu'au point de vue de l'assurance vieillesse généralisée, récemment votée par l'Assemblée nationale constituante.

Les délégués des conseils départementaux de l'Ordre, comme ceux des syndicats médicaux, ont traduit la vive émotion soulevée dans le corps médical par l'application au 1er janvier prochain de l'assurance vieillesse aux médecins et à leurs conjoints. Ils ont été unanimes à regretter le vote de cette nouvelle loi qui va imposer à la plupart des médecins une contribution annuelle de plus de 20.000 fr. sans que ceux-ci aient un jour l'espoir de devenir bénéficiaires de la retraite. Ils demanderont à leurs organismes respectifs d'insister auprès de nos groupements nationaux, Ordre et Confédération, pour que devant le prochain Parlement, le projet de Caisse autonome de retraite du corps médical, rejeté par le gouvernement actuel, soit repris par un ou plusieurs députés et qu'une action très énergique soit menée pour en obtenir le vote avant que les médecins aient été mis en demeure de verser leurs premières cotisations.

De nombreuses autres questions : travaux de la commission nationale d'homologation des tarifs, décisions du conseil d'administration de la Confédération des syndicats médicaux au sujet de la signature de la Convention syndicats-caisses, représentation des syndicats médicaux auprès des divers organismes de sécurité sociale, régime des cliniques ouvertes des hôpitaux publics, affaires des dispensaires d'Argenteuil et du Kremlin-Bicêtre, honoraires d'A.M.G., nouvelle loi sur les accidents du travail, répartition des voitures et des pneumatiques, etc., ont été discutées au cours de la séance du 20 octobre 1946, qui a été une des plus chargées depuis la création du Comité de coordination et du Comité intersyndical.

Association générale des Médecins de France

80e Assemblée générale dimanche 17 novembre 1946, à 14 h. 30, dans la grande salle des Séances, 60, boulevard de La Tour-Maubourg, Paris (7e) (Métro La Tour-Maubourg), sous la présidence du professeur Baudouin, président.

Convocation

Composition des Assemblées générales (article 20 des statuts). — L'Assemblée générale se compose des membres du Conseil général et des présidents et délégués des Sociétés unies.

Délégués (art. 9 des statuts). — Chaque Société a droit à un délégué par cent membres ou fraction de cent membres.

Les présidents font partie de droit à la délégation et ne sont pas compris dans le nombre statutaire des délégués. Ils peuvent se faire remplacer par un vice-président.

Le Conseil général prie instamment les Sociétés départementales de faire parvenir, avant le 10 novembre 1946, à M. le Secrétaire général, la liste des présidents et délégués qui assisteront à l'Assemblée.

Ordre du jour

1° Allocution de M. le professeur Baudouin ;

2° Vote sur l'adoption du procès-verbal de l'Assemblée générale du 22 juillet 1945 publié dans « La Vie Médicale », n°s 10, 11 et 12 de 1945 et n°s 1, 2 et 3 de 1946 ;

3° Rapport de M. Jean Carte, remplissant les fonctions de trésorier général par intérim, sur les opérations financières de 1945 ;

4° Rapport de la commission de vérification des comptes du trésorier ; MM. Jodin et Pochon, ce dernier rapporteur ;

5° Approbation des comptes des années 1943 et 1944 publiés dans le rapport de 1945 de M. Jean Carte (« La Vie Médicale », n°s 2 et 3 de 1946) ;

6° Elections au Conseil général :

Quatre membres du Conseil général sortants et rééligibles : MM. Barbin, Brindeau, Deguignand, Leroy ;

Trois membres du Conseil général, en remplacement de conseillers démissionnaires ou décédés : Candidats, MM. Jodin, Lavalée, Leuret ;

Election de trois délégués à la commission de contrôle des comptes ;

7° Rapport du Comité de gestion sur les subventions aux Sociétés unies en faveur de leurs allocataires ;

8° Modification des règlements intérieurs de l'indemnité maladie et longue maladie (indemnité de 150 à 300 francs au lieu de 75 à 150 francs) et de l'assurance invalidité-décès) ;

9° Affiliation à l'A. G. de la Société d'Indre-et-Loire, ratification ;

10° Discussion des vœux émis par les Sociétés locales ;

11° Divers.

(A suivre.)

Union Fédérative Nationale DES MEDECINS DE RESERVE

58, rue Chardon-Lagache, Paris (16e) Tél. Aut. 62-02. Ch. Postaux 254-45 Paris

Prochaines conférences : 30 novembre, 1er décembre.

Vendredi 29 novembre : 21 h., départ de Paris.

Samedi 30 novembre : 7 h. 40, arrivée à Toulouse.

9 heures : Visite de la ville et du nouvel hôpital Purpan.

16 heures : A la Faculté de Médecine, M. le professeur agrégé L. Brumpt, de Paris, parlera du typhus exanthématique. Un sujet chirurgical sera traité.

19 heures : Banquet par souscription.

Dimanche 1er décembre : 6 h., départ. 10 h. 30, arrivée à Bordeaux.

12 heures : Banquet par souscription.

16 heures : A la Faculté de Médecine, M. le professeur Darget, de Bordeaux, parlera de l'atmosphère chirurgicale aux Etats-Unis. M. le professeur agrégé L. Brumpt, de Paris, parlera du typhus exanthématique.

21 h. 35 : Départ. Lundi 2 décembre : 7 h. 12, arrivée à Paris.

Les places dans les trains et des chambres dans les deux villes peuvent être retenues par nos soins. Tous les renseignements au sujet de ce Congrès sont donnés à notre bureau administratif.

Quart de place militaire : Le quart de place militaire (non remboursable) est accordé à tout médecin de réserve, membre de l'Association, en 1re classe pour les officiers, en seconde classe pour les médecins auxiliaires.

Il est indispensable que nous soyons en possession de la demande dix-huit jours avant la date de la conférence, pour que nous puissions la transmettre en temps voulu à la Direction générale du S. S., soit **avant le 13 (treize) novembre** pour le voyage Toulouse-Bordeaux.

Les demandes doivent être écrites sur papier à en-tête du médecin et indiquer lisiblement le nom, les prénoms, l'adresse, le grade et la région militaire du postulant. Les ordres de mission sont adressés directement aux médecins de réserve par la direction générale du S. S. Ils permettent une absence de quatre jours, non compris ceux de départ et de retour.

Cette faveur ne peut malheureusement s'étendre ni aux médecins de réserve honoraires, ni aux médecins et étudiants qui ne sont pas régulièrement inscrits sur les contrôles de la direction du S. S. d'une région militaire. Nous n'avons pas pu non plus obtenir de tarif spécial sur les paquebots ni à Air-France pour les médecins d'Afrique du Nord.

La Direction générale du S. S. insiste sur le fait que la tenue civile est absolument obligatoire.

Conférences pour 1947 : 19 janvier, à Paris, M. le professeur agrégé Fèvre parlera de l'organisation sanitaire de la nation en cas de guerre (assemblée générale et réunion du Comité interrégional).

En février : Conférences à Metz et à Nancy.

23 mars : Conférence à Paris.

En mai : Conférences à Lyon et à Annecy.

22 juin : Conférences à Paris.

Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 26. — SAMEDI 23 NOVEMBRE 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr. ; Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux de Paris

Ce concours sera ouvert le mardi 17 décembre 1946. MM. les candidats seront prévenus par lettre du lieu et de l'heure de cette première séance. Les inscriptions pour ce concours seront reçues au bureau du service de santé de l'Administration, 3, avenue Victoria (Escalier A, 2e étage), du lundi 18 novembre au mercredi 27 novembre 1946, de 14 à 17 heures (samedis, dimanches et fêtes exceptés). Les candidats absents de Paris ou empêchés pourront demander leur inscription par lettre recommandée.

FACULTES DE MEDECINE

Le 11 novembre à la Faculté. — Le 11 novembre, une délégation de professeurs et d'étudiants le matin, une délégation des médecins du Front l'après-midi, sont venus se recueillir à la Faculté de médecine devant le monument aux morts.

M. le doyen Léon Binet a évoqué le souvenir des héros tombés pour la France en 1914-18 et en 1939-45 et aussi ceux qui sont tombés récemment en Indochine.

Leçon inaugurale : M. le Professeur MOREAU fera sa leçon inaugurale du cours de PATHOLOGIE MÉDICALE le jeudi 12 décembre 1946, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Honorariat. — Le Conseil de la Faculté a proposé à l'unanimité, pour l'honorariat, M. le doyen Baudouin et MM. les professeurs Lemierre et Rouvière

Vacances de chaires. — Le Conseil, à l'unanimité, a demandé le maintien et la déclaration de vacance des chaires d'anatomie, de pathologie et thérapeutique générales et de clinique des maladies infectieuses.

Propositions de titulaires de chaire. — M. Piedelièvre a été proposé pour la chaire de médecine légale et M. André Lemaire pour la chaire de pathologie expérimentale et comparée.

Facultés de Médecine

Bordeaux. — M. Creyx, professeur d'hydrologie thérapeutique et climatologie, est transféré dans la chaire de clinique médicale. (Dernier titulaire, M. Mauriac.)

Lille. — M. Coutelen, professeur de zoologie pharmaceutique, est transféré dans la chaire de zoologie et parasitologie. (Dernier titulaire, M. Lavier.)

Lyon. — La chaire de médecine légale et médecine du travail prend le nom de chaire de médecine légale et déontologie.

Strasbourg. — La chaire de phtisiologie (titulaire : M. Vaucher), prend le nom de chaire de clinique de prophylaxie de la tuberculose.

Ecoles de Médecine

Rennes. — M. Gineste, chef de travaux à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire de la chaire d'histologie à l'Ecole de médecine de Rennes.

Ecole du Service de santé militaire de Lyon
Création d'une section vétérinaire

Par décret en date du 31 octobre 1946 (J. O. 10 novembre 1946), l'Ecole du Service de santé militaire est chargée d'assurer également le recrutement et la formation militaire des vétérinaires de l'armée.

Les élèves seront recrutés par voie de concours parmi les candidats admis aux écoles nationales vétérinaires. Ils effectueront leur scolarité technique à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon en qualité d'élèves externes.

Légion d'honneur

GUERRE

CHEVALIER. — Méd. lieut. Benassy, méd. comm. Chavenon (Extrême-Orient), méd. cap. Falcou (E.O.), méd. comm. Masseguin (E.O.), pharm. comm. Pille (E.O.), méd. cap. Robet (E.O.), méd. comm. Tupin (E.O.).

Citation à l'ordre de l'armée

Méd. cap. Bernos (E.O.), méd. cap. Rouby (E.O.), méd. lieut. Vincent (Georges) (Laos), méd. com. Guenon (à titre posthume, Laos).

Médaille d'or des épidémies :

A TITRE POSTHUME :
Médecin commandant Lhoste.
Médecin commandant Schmitt.
Médecin capitaine Prudot d'Avigny.
Médecin de 1re classe de la marine Planchais.
Médecin lieutenant Michel.
Décédés en déportation.

Médaille d'honneur du Service de santé

La médaille d'honneur du Service de santé en argent a été décernée à MM. les médecins capitaines Ducournau, Marsault, Perrot, Laffitte, Ragot, Bohn.

A MM. les médecins lieutenants Suire, Roche, Rosencher et Goude.

EDUCATION NATIONALE

Rémunération des médecins des centres de formation prémilitaire et des centres de rééducation relevant de la direction générale de l'Education physique et des Sports

Par arrêté en date du 22 octobre 1946 (J. O. 7 nov.), les médecins conventionnés chargés des examens médicaux :

a) Dans les centres de formation prémilitaire ;

b) Dans les centres de rééducation créés par ou à l'instigation de la direction générale de l'Education physique et des Sports ;

Seront rémunérés à la vacation, à raison de 240 francs pour la première heure, 200 francs pour l'heure suivante, avec un maximum de 600 francs pour trois heures. Les intéressés ne pourront recevoir

pour une seule journée plus de deux vacations de trois heures.

Les praticiens attachés de façon permanente à une collectivité publique et recevant à ce titre un traitement régulier ne peuvent prétendre aux indemnités de vacation prévues au paragraphe ci-dessus.

Lorsqu'un médecin est appelé à se déplacer hors de la localité où il réside habituellement, ses frais de transport seront remboursés en prenant pour base l'indemnité kilométrique prévue par la réglementation en vigueur, en faveur des fonctionnaires et agents de l'Etat utilisant pour les besoins du service une voiture automobile personnelle.

Hygiène scolaire et universitaire. — M. le Dr Aurégan, médecin inspecteur régional de l'hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Clermont-Ferrand est affecté en la même qualité à Poitiers en remplacement de M. le Dr Gautier, démissionnaire.

M. le Dr Bardin, médecin inspecteur régional stagiaire de l'hygiène scolaire et universitaire est affecté à Clermont-Ferrand en remplacement de M. le Dr Aurégan.

AFFAIRES ETRANGERES

Conférence de l'U.N.E.S.C.O. — Sont nommés délégués de la France à la Conférence générale de l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture : MM. Léon Blum, René Cassin, Frédéric Joliot-Curie, François Mauriac et le recteur Gustave Roussy.

Sont nommés délégués adjoints : MM. Pierre Auger, Julien Cain, le Pr Robert Debré, Lucien Febvre, Etienne Gilson, Louis Joxe, Paul Langevin et Henri Wallon.

SANTE PUBLIQUE

Codex. — Les doses usuelles en pédiatrie. — Le J. O. du 15 novembre 1946 publie un long arrêté ajoutant au tome premier du Codex de 1937, p. 595, après le tableau des doses maxima, un tableau des doses usuelles des médicaments pour l'enfant.

Cette posologie est donnée à titre indicatif pour 24 heures. Les doses indiquées doivent, en général, être fractionnées en plusieurs prises.

La complexité de ce tableau résulte du fait que la posologie infantile ne peut obéir à des règles générales. Les doses adoptées résultent de la pratique acquise par les pédiatres.

Certains médicaments doivent être évités chez l'enfant, à certains âges, d'autres sont inusités.

Dans chaque catégorie, la dose la plus faible correspond à l'âge le plus bas, et la dose la plus forte à l'âge le plus élevé. La dose intermédiaire s'obtient par interpolation.

Il est à souhaiter que le médecin spécifie dans sa prescription l'âge de l'enfant, et qu'à défaut de cette précision le pharmacien recueille tous les renseignements nécessaires lui permettant d'appliquer ou d'enfreindre, en accord avec le médecin, les règles de la posologie infantile.

Pour faciliter l'application de ce tableau de posologie, il lui est annexé un tableau de correspondance des poids et des âges chez l'enfant jusqu'à 15 ans.

Suit ensuite un **tableau de posologie infantile** (p. 9667 à 9670)

Enfin vient un tableau fixant les **dénominations communes des médicaments.**

Commission permanente du Codex. — M. le Pr Léon Binet, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé vice-président de la commission permanente du Codex en remplacement de M. le Pr Baudouin.

M. le Pr René Fabre, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris, est nommé vice-président de la commission permanente du Codex en remplacement de M. le Pr Damiens, décédé.

M. le Pr Baudouin est nommé membre titulaire de ladite commission en remplacement de M. le Pr Noël Fiessinger, décédé.

Toutes ces nominations sont faites pour une période expirant le 21 juin 1948.

Comité technique des spécialités. — M. Vallette, professeur à la Faculté de pharmacie de Paris, est nommé membre du comité en remplacement de M. le doyen Damiens, décédé.

SANTE PUBLIQUE

Comité consultatif de la lutte contre la stérilité involontaire. — M. le Dr Jean Dalsace, ancien chef de laboratoire des hôpitaux, ancien assistant de la clinique chirurgicale de la Salpêtrière, est nommé membre du Comité consultatif de la lutte contre la stérilité involontaire. (J. O., 17 novembre.)

Conseil permanent d'hygiène sociale. — Sont nommés membres du Conseil permanent d'hygiène sociale et affectés a la Commission de la tuberculose : MM. le professeur Lévy-Valensi (d'Alger) ; les Drs Jean Mathey, chirurgien des hôpitaux de Paris, agrégé ; Olivier Monod, assistant au Centre de chirurgie thoracique de l'hôpital Laënnec, à Paris ; Brouet, agrégé ; Kourilsky, agrégé ; Bretey, chef de service à l'Institut Pasteur.

Affectés a la Commission de la maternité et de l'enfance : MM. les professeurs Laffont et Sarrouy (d'Alger).

Affecté a la Commission de l'alcoolisme et de l'hygiène mentale : M. le professeur Porot (d'Alger).

TRAVAIL

Commission technique régionale d'invalidité des Assurances sociales et Commission régionale d'inaptitude au travail. — Les honoraires du médecin expert de chacune de ces deux commissions sont fixés ainsi qu'il suit : 1 dossier, 200 fr. ; 2 dossiers, 260 fr. ; 3 dossiers, 320 fr. ; 4 dossiers, 380 fr. ; 5 dossiers, 440 fr. ; 6 dossiers, 500 fr. ; 7 dossiers, 560 fr. ; 8 dossiers, 620 fr. ; 9 dossiers et plus, 680 fr.

Lorsqu'il est procédé à l'examen sur pièces des dossiers soumis à la commission régionale d'inaptitude au travail, les honoraires du médecin expert sont fixés à 20 francs par dossier examiné au cours d'une même séance avec minimum de 200 francs et maximum de 700 francs par séance.

Il ne peut être accordé pour la même journée à un médecin expert d'honoraires supérieurs à ceux prévus pour deux séances. (J. O., 17 novembre.)

RAVITAILLEMENT

Comité consultatif scientifique du ravitaillement. — M. le professeur Martel, ancien président de l'Académie de Médecine, est nommé membre du Comité consultatif scientifique du ravitaillement.

Nécrologie

M. Claude Pictte, étudiant en médecine. Dr Louis Gaume, à Segonzac (Corrèze).

COURS

Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais

(Professeur Pasteur Vallery-Radot)

M. le professeur Carlos Chagas Filho fera le jeudi 28 novembre 1946, à 10 h. 1/2, à l'amphithéâtre de la clinique propédeutique de Broussais une conférence sur : « L'application des radio-isotopes à la médecine. »

Conférences d'actualités de biochimie médicale du cours de perfectionnement 1946-1947

Ces conférences ont commencé le 6 novembre. — Le docteur J. Boer, d'Amsterdam, a parlé sur un facteur vitaminique nouveau présent dans les beurres d'été.

Le 13 novembre. — M. le Prof. M. Polonovski a parlé de la biochimie de la méthionine.

Le 20 novembre. — M. le Prof. Chain, d'Oxford, a exposé la question des synthèses dans la série de la pénicilline.

Prochaines conférences :

Mercredi 27 novembre. — Prof. J. Courtois : Acquisitions récentes obtenues en biochimie par l'oxydation périodique.

Mercredi 4 décembre. — Professeur J. Bigwood, de l'Université de Bruxelles : Protéines et électrolytes.

Mercredi 11 décembre. — Prof. ag. Balatre : Biochimie de l'Inositol.

Mercredi 15 janvier 1947. — Prof. L. Bugnard : Les isotopes stables en biochimie.

Mercredi 22 janvier. — Prof. Ch. Sannie : Biochimie des saponines.

Mercredi 29 janvier. — Prof. J. Roche : Protéines thyroïdiennes et protéines artificiellement iodées.

Mercredi 5 février. — Prof. M. Machebœuf : Données récentes sur la biochimie des anticorps.

Mercredi 12 février. — Prof. Ettori : Acquisitions récentes réalisées en Angleterre dans le domaine de la biochimie.

Mercredi 19 février. — Prof. P. Boulanger : Substances à action mitotique.

Ces conférences, qui font partie du cours de perfectionnement, ont lieu chaque mercredi, à 18 heures, à l'amphithéâtre du Service de chimie médicale de la Faculté de médecine (Prof. M. Polonovski).

INTERETS PROFESSIONNELS

Association générale des Médecins de France

(17 novembre 1946)

Modification de règlement intérieur 1° Service assurances-maladies et accidents

Article 3

Une indemnité journalière égale au minimum à 75 francs sans pouvoir dépasser 150 francs.

A remplacer par le texte suivant :

« Une indemnité journalière égale au minimum à 150 francs, sans pouvoir dépasser 300 francs. »

2° Service de l'assurance en cas d'invalidité-décès

Nouveau texte proposé :

Article premier. — Les assurances en cas de décès souscrites par les Sociétés Mutualistes auprès de la Caisse Nationale au Décès, en conformité de l'article 51 des statuts, ont pour objet le paiement d'un capital en cas de décès du sociétaire assuré. Le même capital est assuré en cas d'invalidité absolue et permanente du sociétaire, pourvu que celui-ci soit âgé de moins de 65 ans et que, pendant les douze mois qui ont précédé la souscription du contrat, il ait été compris dans une assurance collective annuelle.

Le paiement du capital assuré est effectué :

1° En cas de décès, au bénéficiaire désigné par l'assuré ou, à défaut de désignation, à ses héritiers ou ayants droit ;

2° En cas d'invalidité absolue et permanente, à l'assuré lui-même.

Le montant du capital garanti est fixé pour tous les membres d'une Société Mutualiste au chiffre adopté par cette dernière. Les sociétaires ayant des enfants mineurs à leur charge pourront demander que ce capital soit majoré de 15 % par enfant, sans pouvoir dépasser le maximum admis par la Caisse Nationale au Décès.

Art. 2. — Les assurances prévues à l'article précédent font l'objet de polices annuelles collectives prenant effet au 1er janvier de chaque année. L'assurance prend fin à l'expiration de l'année et peut être renouvelée d'année en année après révision de la prime.

Art. 3. — Pour qu'une Société Mutualiste puisse souscrire une police d'assurances, il faut qu'elle comprenne au moins cinquante membres âgés de moins de 65 ans, et que les trois quarts d'entre eux demandent à être assurés.

Art. 4. — La Société Mutualiste qui désire souscrire une police d'assurances collectives, adresse à l'Union, avant le 1er novembre, la liste des membres à assurer, indiquant les noms, prénoms de ceux-ci

(Voir la suite p. 533.)

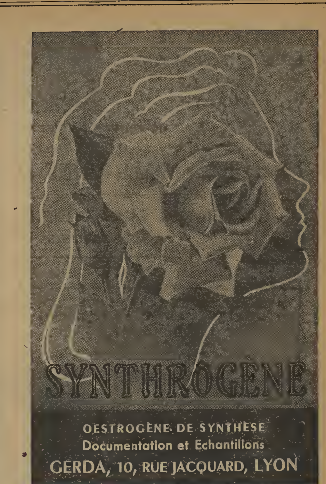


Solution de goût agréable

Comprimés glutinisés

En raison des difficultés d'approvisionnement, prescrire chaque fois qu'il est possible la *forme comprimés*.

Laboratoires du MAGSALYL
8, rue Jeanne-Hachette, IVRY (Seine)
Tél. ITA 16-91



SULFAMIDE POLYVALENT
FACILEMENT TOLÉRÉ PAR L'ORGANISME

THIAZOMIDE

2090 R.P. SULFATHIAZOL
Tube de 20 comprimés à 0g50
DOSE JOURNALIÈRE INITIALE 4 à 8 GRAMMES

GONOCOCCIES
COLIBACILLOSES
PNEUMOCOCCIES
MÉNINGOCOCCIES
STREPTOCOCCIES
STAPHYLOCOCCIES

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
POULENC FRÈRES — USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

analgésique
antithermique
antirhumatismal

ASCEINE

NOM DÉPOSÉ

ACIDE ACÉTYLSALICYLIQUE
ACET-PHÉNÉTIDINE — CAFÉÏNE

RHUMATISME
GRIPPE
NÉVRALGIES

1 à 6 comprimés par jour

LABORATOIRES O. ROLLAND
103 à 117, Boulevard de la Part-Dieu, LYON


PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
H. DELOMÉNIE
DOCTEUR EN PHARMACIE
15, RUE DE LA BAUME, PARIS (VIIIe)
BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local
BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal
SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe
SUNALCOL
Antiseptique cutané
SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux
DITHIORAL
Antirhumatismal
CHLORALOSANE
Hypnotique


UN ALIMENT de SECOURS
En cas d'intolérance lactée ou d'insuffisance du lait de vache, la farine diastasée SALVY est, dès le premier mois, l'aliment de secours du nourrisson.
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MEMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIETETIQUE INFANTILES.
Farine DIASTASÉE
ALIMENTATION DU NOURRISSON
SALVY
Préparée par BANANIA


HÉMORROÏDES · CRISES HÉMORROÏDAIRES · VARICES
ESCULÉOL
DOSES MASSIVES : 300 A 500 GOUTTES PAR JOUR
LABORATOIRES DELALANDE COURBEVOIE (SEINE)
17-44

Quelques réflexions sur la tuberculose des prisonniers de guerre français en Allemagne

(1940-1944)

par J. Vairel (Annecy)

Nous ne possédons actuellement sur la morbidité et la mortalité par tuberculose des prisonniers de guerre français en Allemagne que des données fragmentaires. Il faudrait connaître les nombres de cas et de décès survenus chez les rapatriés en France de 1940 à mai 1945, le nombre de décès survenus dans les infirmeries et hôpitaux des stalags, enfin des cas dépistés au retour dans les centres de triage et les décès qui leur ont été ou seront imputables. C'est dire la complexité de cette tâche et le temps nécessaire pour en connaître les résultats approximatifs.

Pour le moment, il convient, dans l'interprétation des statistiques partielles concernant tel ou tel stalag, de tenir compte d'une part de l'élément régional dominant (Parisiens, Bretons, Corses), d'autre part de la qualité générale du stalag quant aux conditions du travail. Dans la Ruhr, par exemple, les prisonniers étaient astreints à un travail très pénible, alternativement diurne et nocturne ; dans le Duché de Bade, au contraire, pays de petite culture, les prisonniers, mieux nourris, mieux logés, effectuaient au grand air un travail moins pénible.

***

L'année 1941 fut, sans nul doute, celle où les médecins prisonniers observèrent le plus grand nombre de cas de tuberculose et les plus graves. Il se produisit là, parmi les prisonniers, une sorte de sélection.

Le début de la captivité fut marqué, pendant plusieurs mois, par des épidémies de dysenterie bacillaire, une insuffisance alimentaire aussi bien quantitative que qualitative, une promiscuité et un surpeuplement dans des locaux divers de camps de fortune, enfin par l'adaptation forcée de beaucoup (surtout des intellectuels) à un métier jamais exercé. Le dur travail des autostrades et des creusements de canaux, en particulier, ne cessa pour les Français qu'en août 1941, lorsque les Allemands utilisèrent leurs premiers prisonniers russes.

Ainsi toutes les causes favorisantes furent réunies au début : diminution de la résistance du terrain, surpeuplement, promiscuité, faim, facteurs moraux, pour engendrer des primo-infections et des réinfections. De là, cette abondance, au cours de l'année 1941, de formes aiguës, rapidement évolutives et aboutissant à la mort en deux à trois mois, d'autant qu'à cette époque il était encore difficile, manque d'organisation, de créer des pneumothorax artificiels.

Au cours des années suivantes, le nombre des cas de tuberculose fut en nette régression et l'on vit surtout, dans les hôpitaux de prisonniers, des atteintes tuberculeuses des séreuses : polysérites, pleurésies séro-fibrineuses, péritonites, qui, dans l'hôpital que nous dirigions, tout au moins, évoluèrent favorablement dans la majorité des cas (1).

Nous n'eûmes, en plus de trois ans, pas l'occasion d'observer un cas de tuberculose ostéo-articulaire. Pourtant l'hôpital de Rastatt-Baden admettait la grosse majorité des malades du stalag V.-C. Rareté des tuberculoses externes ou coïncidence ?

D'une façon générale, les tuberculeux pulmonaires étaient admis assez tardivement à l'hôpital. Il y avait à cela plusieurs raisons : dans une exploitation agricole où tous les hommes valides étaient mobilisés, la fermière ou le vieux fermier faisait tout son possible pour dissuader leur prisonnier fatigué d'aller consulter le médecin du village. S'il y allait, se plaignant simplement de malaises vagues (asthénie, inappétence, amaigrissement, toux légère), le praticien allemand — souvent après un « examen-éclair » — lui prescrivait quelques comprimés et deux jours de repos au kommando. Il fallait un épisode fébrile, une hémoptysie ou l'insistance menaçante du malade pour que l'admission à l'hôpital fut prononcée.

Ou bien le malade arrivait plus vite avec le diagnostic de « grippe » ou de « Lungen-entzündung » (inflammation du poumon) parce qu'il présentait une pyrexie élevée et quelques signes pulmonaires. La clinique, la bactériologie et la radioscopie permirent souvent, dans de tels cas, de mettre en évidence, à plus ou moins longue échéance, une pleurésie séro-fibrineuse ou des lésions tuberculeuses déjà avancées du poumon.

***

Beaucoup de médecins allemands attachaient à la vitesse de sédimentation des globules rouges une importance, à notre avis exagérée, pour infirmer ou confirmer l'état de maladie. Plusieurs milliers de sédimentations furent ainsi pratiquées à l'hôpital de Rastatt. Nous pensons que l'exagération de la vitesse de sédimentation — l'épreuve étant correctement réalisée et les causes d'erreur évitées — indique un déséquilibre organique sous l'influence d'une cause pathologique. Nous l'avons recherchée chez des sujets fatigués, anémiés sans autre symptôme pathologique, chez des pleurétiques, enfin chez des tuberculeux pulmonaires.

Dans le premier cas, il s'agissait de sujets dont l'examen clinique était pratiquement négatif. Le lendemain de leur arrivée la V. S. variait de 15 à 75. Cette V. S. anormale justifiait des examens bactériologiques et radiologiques répétés qui s'avérèrent négatifs. Huit à quinze jours de repos au lit, de bon sommeil, une alimentation meilleure et la V. S. redevenait normale.

Chez les pleurétiques, l'amélioration de la V. S., élevée au début de l'affection, allait de pair avec l'amélioration des signes cliniques et radiologiques et, dans les convalescences sans incidents, reprenait rapidement sa valeur normale.

Il semble bien que chez les tuberculeux pulmonaires la V. S. ait surtout une valeur pronostique relative quant à l'épisode pulmonaire considéré. Un malade dépisté par la radiologie à l'hôpital même (tuberculose ulcéro-caséeuse, signes cliniques mineurs, B. K. = +, bon état général) eut, pendant les quatre semaines qui précédèrent son rapatriement, une V. S. égale à 2, 2,5, 2 et 3. Traité par pneumothorax artificiel, il a actuellement repris une vie active. Chez un bilatéral, multiexcavé, à la période terminale, une V. S. pratiquée le jour même de la mort se montra normale (8,5). A cette phase ultime les réactions humorales sont-elles anéanties comme l'est parfois la sensibilité cutanée à la tuberculine ?

***

Dès qu'un malade était reconnu atteint de tuberculose pulmonaire, il lui était attribué, sur proposition du médecin français, le régime spécial. La composition de ce régime indiquait, de la part des Allemands, un souci peut-être bienveillant, mais l'insuffisance en était manifeste pour un tuberculeux. Voici un exemple de ce régime : pour la journée, un petit pain de 25 grammes, un demi-litre de lait maigre ; le matin, une infusion sucrée de thé ersatz, 25 grammes de margarine ; à midi : pommes à l'eau avec épinards ou salade, six prunes au sirop ou une crêpe ; le soir, une soupe, semoule ou purée. Aussi dès que nous parvinrent de France, par l'entremise de la Croix-Rouge internationale, des vivres en assez grande quantité, nous fîmes réserver, pour les tuberculeux, du lait concentré sucré (que A. Giraud préconisait par cuillerées à soupe comme aliment nutritif sous un faible volume), du riz, des sardines à l'huile. Grâce à cet appoint alimentaire conjugué avec le repos au lit, les tuberculeux reprenaient du poids en attendant leur rapatriement en France.

Dans les hôpitaux de prisonniers, les médecins allemands — sauf arrêt des trains sanitaires pour des raisons politiques ou militaires — faisaient communément diligence pour se débarrasser des tuberculeux. Les Allemands ont la phobie des maladies contagieuses, d'autre part dans le sud-ouest de l'Allemagne (région V), les sanatoriums étaient réservés pour la « Wehrmacht » et les malades évacués des zones bombardées, enfin tout prisonnier non récupérable pour le travail n'avait plus d'intérêt pour la « Grande Allemagne ».

***

Certains prisonniers, malades ou non, ont tenté dans le but d'être rapatriables, d'altérer leur état général. Pour ce faire, une fois admis à l'hôpital, ils entreprenaient, après avoir prévenu le médecin français ou à son insu, la méthode suivante : repos presque absolu au lit, réduction importante de l'alimentation, purgations répétées et souvent intoxication tabagique ou par la quinine destinée à provoquer des troubles du rythme cardiaque.

---

(1) Outre la sélection déjà signalée, faut-il invoquer comme facteur essentiel de cette régression, au moins dans le Pays de Bade, une amélioration manifeste de l'alimentation ? Le professeur Ch. Richet écrit que la faim avait été un facteur considérable de tuberculose chez les déportés de Buchenwald. Or, le prisonnier de guerre aurait souffert de la faim s'il n'avait eu que la nourriture allemande, mais il bénéficiait de vivres provenant de colis familiaux ou d'œuvres, de larges distributions de la Croix-Rouge internationale, de l'alimentation assez substantielle du paysan allemand s'il travaillait la terre. Et nous ne citons que pour mémoire les prisonniers employés dans les laiteries, boulangeries, charcuteries. Aussi, nous nous croyons peut-être autorisés à dire que, dans certains kommandos, une alimentation normale a préservé le prisonnier de la tuberculose.

Nous connaissons le cas précis d'un prisonnier qui réussit ainsi à être rapatrié et chez qui l'on découvrit, peu après son retour en France, des lésions pulmonaires tuberculeuses bilatérales. Il n'a, malheureusement, pas été le seul !

Mais, dira-t-on, pourquoi le médecin français se faisait-il le complice ou tout au moins paraissait ignorer semblables manœuvres ? Pour répondre à cette question, nous ne pouvons mieux faire que de citer notre confrère J. Guérin. Dans son livre *Rawa-Ruska, camp de représailles*, il écrit : « ...Celui qui ne mangeait plus, pour simuler la tuberculose, pouvait finir par contracter réellement. Avions-nous le droit de les empêcher de tenter leur chance de rapatriement qui leur permettait de quitter enfin ce bagne ? Ce qui serait un crime en temps de guerre devient un devoir en captivité, et celui qui désire faire ces expériences lui-même est assez grand pour prendre la responsabilité de ses actes. J'estime qu'il n'était pas en notre pouvoir de les empêcher de jouer leurs atouts, il était simplement une obligation pour nous : les prévenir des dangers qu'ils courraient. »

Opinion à laquelle n'a pu que souscrire la grande majorité des médecins prisonniers.

***

En 1942, le personnel sanitaire français des hôpitaux de prisonniers fut vacciné, à l'aide du vaccin de Durand et Giroud, contre le typhus exanthématique. Or, il nous a semblé — et cette impression ne repose sur aucun fait clinique précis — que la pratique de cette vaccination avait, dans quelques cas, donné un coup de fouet à des lésions pulmonaires latentes. Nous nous souvenons d'un cas : un infirmier vacciné en mai-juin 1942 subit, le 27 juillet 1943, l'injection de rappel anti-typhus exanthématique ; il présente une légère élévation thermique et quelques frissons. Le 30 juillet, il est fortuitement examiné en scopie : on découvre une infiltration localisée de la région sous-claviculaire externe droite. Une radiographie du 4 août confirme le diagnostic et le 17 septembre, à son arrivée en France, l'infiltration est le siège d'une ulcération de la dimension d'une pièce de deux francs. Des confrères, dans d'autres stalags, ont eu une impression analogue à la nôtre.

Peut-être lors des vaccinations en série dans les collectivités (armée, écoles), serait-il bon, en plus de l'examen du foie et des urines, de passer ou de revoir à l'écran les sujets dont les antécédents pulmonaires, cliniques et radiologiques peuvent être sujets à caution. Cette recherche ferait naître probablement des contre-indications permanentes ; elle éviterait, de plus, des évolutions tuberculeuses ultérieures.

***

Telles sont les considérations rétrospectives que nous voulions exposer pour apporter une contribution à l'histoire bien incomplète de la tuberculose des prisonniers de guerre français en captivité.

XXIIIe Congrès de médecine légale

(Paris 18-19 octobre 1946)

Le XXIIIe Congrès de médecine légale a eu lieu à la Faculté de médecine, sous la présidence du professeur Duvoir. Les vice-présidents étaient les professeurs de Laet, de Bruxelles ; L. Fairfield, de Londres ; Lewinsky, de Lodtz ; Meljssinos, d'Athènes, et Reinbold, de Lausanne. De nombreuses personnalités françaises et étrangères assistaient à cette brillante manifestation. Les rapports et communications furent nombreux.

Traumatologie légale

MM. de Rougemont et Bourret (de Lyon) envisagèrent le problème des *complications des blessures superficielles de la main, et des doigts*, qui entraînent souvent des incapacités de longue durée. Le chirurgien doit traiter précocement le blessé. Il est nécessaire de faire l'éducation des ouvriers dans ce sens. Le médecin praticien doit recevoir une instruction chirurgicale pour éviter de graves erreurs. Un traitement approprié réduit considérablement la fréquence des incapacités permanentes.

M. Belenger (de Bruxelles) aboutit aux mêmes conclusions et insiste sur la nécessité de diriger les blessés sur des centres spécialisés, avec un équipement chirurgical correct et un personnel bien entraîné. Au cours d'une statistique personnelle, il note la fréquence d'une *hyperglycémie légère* sans glycosurie *chez des sujets atteints de panaris gangreneux*. L'insulinothérapie donne d'excellents résultats. Elle doit être précoce et pratiquée sans attendre la réponse du laboratoire.

Le même auteur apporte le résultat de son expérience dans le *traitement des lésions péri- et sous-unguéales :* pansements à l'alcool ou exérèse suivant la gravité, dans les hématomes sous-unguéaux ; incision suivant la technique d'Iselin, dans les panaris sous-unguéaux ; pour les tournioles : vaccinothérapie, sulfamides et incision suivant la technique de Kanavel, avec, au besoin, administration de pénicilline.

MM. Joulia, Dervillée, Le Coulant et L'Epée (de Bordeaux) rapportent deux observatons de *dermite eczématiforme*, avec tendance à la généralisation, *après application locale de sulfamides*. De tels incidents prolongent l'incapacité de travail et sensibilisent le sujet aux sulfamides.

A. Sliosberg (Paris) fait *une étude clinique des algies des amputés et de leurs complications*. Celles-ci sont fréquentes, survenant parfois après une longue période de latence. Continues ou paroxystiques, ou de type mixte, elles sont souvent intolérables. Les troubles réflexes : épilepsie, douleurs à distance, troubles circulatoires à distance, sont également d'observation courante.

M. Bouret (de Lyon) fait une communication sur les *ostéo-arthropathies dans la maladie des caissons*.

M. Marchand (Lille) considère le problème des *blessures des automobilistes*. D'une statistique de 1.000 cas, il ressort que la proportion des sujets blessés au cours d'accidents reste faible. Les lésions de la face et du crâne s'observent dans 43 p. 100 des cas. Les fractures de jambes (10 p. 100) sont dues au choc direct contre la tige de direction ou le levier de vitesse. La projection contre le tableau de bord est responsable des lésions des genoux (11 p. 100) ou des poignets (5 p. 100). On peut remarquer la rareté relative des fractures du bassin ou du rachis et des lésions thoraciques.

La collaboration des techniciens permettrait d'éviter ces lésions par l'utilisation de matériel approprié, tels que les verres de sécurité, dont l'emploi se généralise.

Médecine légale

M. Muller (de Lille) expose les conclusions de ses longues recherches sur les *os de fœtus calcinés*. Les avorteurs et les femmes coupables d'infanticide ont souvent recours au feu pour faire disparaître le cadavre compromettant d'un fœtus. Le médecin légiste doit apporter la preuve de la nature humaine des débris osseux calcinés et aprécier l'âge du fœtus. Il effectuera de patientes investigations dans les cendres et les scories. Il recherchera avec soin les osselets de l'oreille, les chapeaux de dentine, les phalangettes, échappant par leur petite taille à l'inculpé, dans ses tentatives de faire disparaître les débris les plus volumineux. La calcination a permis d'étudier et de préciser la marche de l'ossification fœtale.

M. Dechaume et C. Derobert (Paris) étudient la calcination des follicules dentaires fœtaux, après avoir rappelé le processus de formation des ébauches dentaires. Les altérations varient avec la température. Une température de 200° est nécessaire pour modifier l'émail. Les adamantoblastes s'altèrent à 250° et disparaissent à 400° au niveau de l'ivoire ; les odontoblastes entrent en dégénérescence granuleuse à 250° et sont détruits à 400°.

Les tubes de dentine résistent à plus de 1.000°. Une *étude de l'ossification des maxillaires et des dents chez le fœtus au point de vue médico-légal met en relief* les résultats de recherches radiologiques. Celles-ci sont souvent en désaccord avec les autres méthodes d'étude de l'ossification. Les chiffres obtenus pour fixer l'âge d'un fœtus sont assez précis, mais cependant beaucoup moins que ceux donnés par la mensuration des diaphyses osseuses.

L. Dérobert et A. Hadengue (Paris), dans une *étude comparative des moyens d'investigation en matière d'ossification chez le fœtus*, font la critique des méthodes employées. L'ostéologie et l'histologie sont complétées actuellement par la radiographie. Celle-ci accuse un retard notable sur l'histologie. La technique de Spalteholtz, qui imprègne d'une couleur différente les zones ossifiées et les régions non ossifiées, gagne en précision ce qu'elle perd en rapidité.

J. Fourcade (Strasbourg) montre, à la lumière d'une observation personnelle, la précision aportée par l'étude des *synostoses des os du crâne*, pour déterminer l'*âge* d'un adulte. Des erreurs importantes peuvent résulter d'un retard ou d'une avance des synostoses.

M. Mélissinos (d'Athènes) a observé de multiples cas de *mort subite au cours de la famine* qui a causé de gros ravages en Grèce pendant l'occupation. De nombreux enfants et adultes étaient réduits à un véritable état squelettique. La maladie de famine s'est traduite par une forme sèche ou par une forme avec œdèmes et épanchements. La mort subite, si fréquente, semble due à un œdème cérébral.

Police scientifique

M. Sannié (Paris) fait le point des techniques employées pour préciser la nature des *taches et des traces d'origine biologique*.

P. Moureau (Liége), au cours d'une *remarque sur le diagnostic individuel des taches de sang*, expose une méthode permettant d'établir le groupe sanguin d'une tache de petites dimensions, qui ne peut subir qu'un seul examen. Le même auteur étudie également les applications nouvelles des facteurs Rh et Hr en médecine légale. Ils peuvent expliquer la cause de la mort du fœtus au cours de certains avortements, ou de mort *in utero* et constituer une décharge en faveur d'un inculpé.

M. Tissié (Lille) apporte *queques notions sur des techniques récentes de préparation des sérums-tests*. Il est nécessaire d'utiliser des échantillons de qualité irréprochable pour éviter de grossières erreurs.

Les problèmes touchant à l'exclusion de la paternité furent également soulevés.

M. Michaux (Lille) montre *l'intérêt médico-légal du système Rhesus en exclusion de paternité*, méthode déjà entrée dans la pratique en Amérique.

G. Simonin et J. Mehl (Strasbourg) relatent *la recherche de la paternité en Alsace sous l'occupation allemande*. La loi allemande reconnaît à l'enfant naturel des droits civils égaux à ceux des autres enfants, et en particulier celui d'être nourri jusqu'à l'âge de seize ans par celui qui l'a engendré. Les actions en reconnaissance de paternité intentées par la mère sont fréquentes, et le père désigné par celle-ci doit démontrer l'impossibilité de la paternité. On a recours alors à l'étude des groupes sanguins et des ressemblances ataviques. Les dossiers allemands retrouvés à Strasbourg établissement que, dans 11,5 p. 100 des cas seulement, l'exclusion de paternité a pu être affirmée. Cette législation incite les jeunes gens à une certaine réserve et facilite les mariages.

J. Mehl décrit les *techniques allemandes pour les recherches de paternité*, d'après des documents inédits. De nombreux détails sont fournis sur certaines particularités de recherche des groupes sanguins. Les portraits parlés, qui consistent à rassembler les traits communs au père présumé et à l'enfant, ne donnent évidemment, dans la plupart des cas, qu'une probabilité et non une certitude.

J. Fourcade (Strasbourg), *à propos de l'action en désaveu de paternité*, rapporte deux observations concernant des enfants nés à la suite du viol de femmes mariées. La recherche des groupes sanguins a prouvé que le mari n'était pas le père. La loi considère l'enfant comme légitime. Les parents, s'ils ne veulent pas accepter l'enfant, sont conduits à l'abandonner. L'abandon n'exclut pas les droits à la succession. Le désaveu de paternité, prouvé par les groupes sanguins, mériterait d'être admis, dans certains cas, par la loi.

L. Christiaens (Lille) rappelle l'importance de certaines *considérations sur les responsabilités, en matière de transfusion, du fait des acquisitions récentes*. La notion du facteur *Rhesus* doit inciter à une certaine prudence. Il existe un grand nombre de nouveaux antigènes, non encore tous reconnus. Certaines erreurs doivent être évitées. La transfusion du sang du mari ou d'un donneur à Rh non identifié à une femme dont l'un des enfants a été touché par la maladie hémolytique est une faute grave. Il est nécessaire de dépister, au cours de transfusions itératives, l'apparition d'anticorps chez le malade vis-à-vis des hématies du donneur. Le type *Rhesus* doit être déterminé chez une fille chez laquelle on se propose de pratiquer une hétéro-hémothérapie.

S. Guarino (Naples) expose ses *recherches en hématologie légale*, concernant les cristaux d'hématoporphyrine et un nouveau test chromatique pour le diagnostic d'orientation du sang. *Une nouvelle réaction cristallographique pour le diagnostic du sperme* permet d'obtenir avec l'*acide stiphnique* (trinitrorésorcine) des cristaux en forme d'aiguilles de pin.

Séance extraordinaire
de la Société de Médecine légale de France

MM. Vignoli, Poinso, Ollivier et Merland (Marseille) ont observé des *intoxications par l'hydrogène arsénié*, dont les caractères cliniques et anatomo-pathologiques sont conformes aux descriptions antérieures. Il est nécessaire d'assurer des mesures de préventions efficaces. L'emploi de détecteurs doit se généraliser. L'étude expérimentale des intoxications compatibles avec la vie mérite d'être approfondie. De nombreuses inconnues persistent encore dans le problème de la pathogénie des troubles : de la mélanodermie en particulier.

MM. Vignoli, Poursines, Ollivier et Merland apportent leur *contribution à l'étude des intoxications expérimentales par l'indium*. L'injection de sels d'indium à doses toxiques chez le rat blanc et la souris entraîne une hépatonéphrite et une myocardite dégénératives. Ces lésions s'associent à une dégénérescence hyaline des fibres musculaires striées.

L. Cornil, M. Ollivier, M. Gastaud et J. Cain (Marseille) montrent l'*intérêt médico-légal de l'électro-encéphalogramme* dans les expertises de sujets atteints de crises nerveuses d'origine indéterminée, d'équivalents comitiaux ou de traumatismes crâniens. Son étude permet aussi de couvrir la responsabilité du médecin dans la pratique de certaines thérapeutiques convulsivantes.

P. Groult (Lille) a observé 44 cas d'*accidents causés par l'absorption de soude caustique*. Une seule intoxication mortelle chez un enfant a permis de constater des lésions nécrotiques des voies respiratoires supérieures et digestives. Un gros foyer d'alvéolite fibrino-leucocytaire a été noté dans l'un des poumons.

MM. Muller et A. et M. Marchand-Alphant (Lille) rapportent *deux cas d'intoxication par le thallium*.

M. Mosinger (Coimbra) fait une étude sur le *syndrome toxique non spécifique*.

L. Dérobert, Collier et Guitard (Paris) attirent l'attention sur l'*aspect des toxicomanies*. Le manque de stupéfiants a fait utiliser surtout l'héroïne plutôt que la morphine. Les malades emploient surtout la voie intraveineuse, jusqu'alors exceptionnelle. Le laudanum est très employé également, en injections sous-cutanées et intraveineuses. Ces dernières provoquent des suppurations importantes et seraient souvent à l'origine de tétanos. L'eubine et l'ortédrine ont entraîné de nouvelles toxicomanies « de remplacement ».

S. Guarino (Naples) a mis au point une *nouvelle réaction spécifique de la morphine*, pouvant servir à son dosage.

MM. Labat, Joulia, Servanton et L'Epée (Bordeaux) présentent une curieuse observation d'*intoxication chronique médicamenteuse mortelle par le bromure de potassium*, chez une femme de quarante et un ans qui, en vingt-quatre ans, avait absorbé 13 kil. 500 de bromure à raison de 1 gr. 50 par jour, pour crises d'épilepsie. Elle présentait des bromides végétantes, au niveau desquelles le dosage du bromure donnait un taux très élevé. Le cerveau, par contre, en contenait une faible quantité.

M. Moureu et L. Truffert (Paris) ont observé une *mort suspecte après injection de fuschine basique* contenue dans un vermifuge. La mort paraît due à une sensibilisation résultant d'une cure antérieure, d'ailleurs parfaitement bien tolérée.

P. Moureau (Liége) a constaté une *apoplexie séro-hémorragique du myocarde* chez un traumatisé du thorax, mort quinze heures après l'accident. Cette lésion, nettement visible à l'examen histologique, peut passer inaperçue à l'examen microscopique. Elle doit être recherchée dans le cas de mort rapide, d'explication difficile.

MM. Lande, Dervillée, Gaignerot et L'Epée (Bordeaux) rapportent l'observation d'*une plaie pénétrante* (antéro-postérieure) *du thorax par arme à feu chargée à balle, avec lésions du cœur et de l'aorte thoracique*. L'éclatement de la colonne vertébrale avec fractures multiples des dixième et onzième vertèbres dorsales explique la présence de deux orifices de sortie atypiques, réalisés par des fragments osseux formant projectiles.

R. Piédelièvre (Paris) fait une communication *à propos de la peine de mort*.

M. Duvoir et L. Dérobert (Paris) font une longue étude d'une maladie peu connue : *la pneumoconiose par terre de diatomées (terre de Kieselguhr). Etude expérimentale et clinique.* Cette terre dont les usages industriels sont nombreux, est connue surtout sous le nom de Tripoli. La pneumoconiose dont elle est responsable a une traduction clinique discrète. Les troubles fonctionnels sont modérés. L'état général est bien conservé. Les lésions radiologiques sont beaucoup moins marquées que dans la silicose. L'examen anatomo-pathologique met en évidence des nodules comparables aux nodules silicotiques. L'histologie montre des squelettes d'algues et des formations filamenteuses rappelant l'aspect des corps curieux de l'asbestose. Des lésions analogues ont pu être reproduites chez le chien, par injection intrachéale de terre de diatomées.

André Hadengue.

Erratum. — Dans l'actualité de M. Levent, à propos d'un récent ouvrage de diététique (*Gaz. Hôp.*, n° 25, 16 nov. 1946, p. 514, 2e col., 2e paragraphe), au lieu de : « Ils se sont souvent gardés d'un esprit primaire... », lire : « Ils se sont surtout gardés d'un esprit primaire... »

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1946

Pseudohémophilie causée par un excès de substances anticoagulante du genre de l'héparine. — M. MARIANO CASTEX (de Buenos-Ayres). — L'auteur commente les syndromes hémorragiques désignés sous le nom de pseudohémophilies et dont une partie a déjà reçu diverses autonomies. On y constate une altération de la coagulation sanguine sans doute en rapport avec l'augmentation de susbtances du genre de l'héparine. La protamine a été reconnue être l'antagoniste de l'héparine mais *in vitro* et en clinique les auteurs ont reconnu qu'une posologie excessive non seulement donnait des réactions sévères mais pouvait avoir une action inversée.

L'auteur résume cinq observations très améliorées par la protamine à 2 % intraveineuse à la dose de 20 à 40 milligrammes.

L'action anticoagulante de doses plus élevées fait naître des réserves quant au rôle exclusif de l'héparine dans certaines hémophilies.

A propos de la forme viscérale de la thromboangéite. — M. NAVARRO (de Montevideo). — Un malade considéré comme atteint de maladie de Burger des vaisseaux spléniques présente, pendant deux années, des signes de splénite congestive. Trois particularités sont notées : la fièvre avec leucocytose, l'ascite avec un syndrome cœliaque, un souffle et un thrill nés dans la région épigastrique et se propageant vers la région précordiale et les membres. Les symptômes sont si accentués qu'on pense à un anévrysme artério-veineux ou à une endocardite infectieuse. L'auteur croit et l'évolution prouve qu'il s'agit d'une panvascularite splénique, forme rare de la maladie viscérale de Burger. Dans des cas semblables le traitement chirurgical doit être évité ; il faut recourir à un traitement purement médical.

Présentation d'un film en couleurs sur l'opération de Blalock et Tansig pour le traitement de la tétrade de Fallot. — M. GOURNAND. — Le procédé consiste dans l'anastomose terminolatérale de la sous-clavière droite dans le tronc de l'artère pulmonaire pour augmenter l'irrigation de l'appareil respiratoire. Cette technique très longue et délicate doit naturellement être réservée à des sujets jeunes et tolérant mal leur malformation. Les chirurgiens de Baltimore ont fait plusieurs centaines d'interventions ; la mortalité opératoire de 25 % au début est tombée à 14 % et peut-être moins et semble atténuer la cyanose et la dyspnée.

Les réactions méningées de l'ophtalmie sympathique. — M. TOULANT (Présentation faite par M. ROCHON-DUVIGNEAUD). — 4 blessés atteints d'ophtalmie sympathique ont présenté une névrite optique et des modifications du liquide céphalo-rachidien : lymphocytose, hyperglycorrachie, légère albuminose. La pénicilline (2.400.000 U. O.) et le 1162 F. (4 gr. par jour) ont guéri les phénomènes inflammatoires et dans deux cas où la pupille n'était pas encore bloquée, ont ramené la vision à la normale.

Election. — M. Georges SCHAEFFER est élu membre titulaire dans la Section de biologie, en remplacement de M. Louis Martin, décédé.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 25 OCTOBRE 1946

La pénicilline dans le traitement des néphrites. — MM. DEROT, HERVY et BERNIER. — Résumé de 7 observations de néphrite ayant dépassé la phase aiguë et traitées par la pénicilline.

Echec complet seulement dans deux cas. La pénicilline paraît agir surtout sur l'élément évolutif et en particulier sur la cylindrurie. Son emploi n'exclut pas les autres moyens thérapeutiques et en particulier, le traitement sanglant.

Agranulocytose. Pénicilline. Guérison. — MM. Henry BÉNARD et RAMBERT ont traité par la *pénicilline* une femme atteinte depuis douze jours de purpura avec anémie profonde, rattachable à une agranulocytose. L'amélioration fut rapide. Dans ce fait l'agent thérapeutique a semblé agir sur les phénomènes infectieux. La persistance des eosinophiles doit être considérée comme un symptôme favorable.

Spléno-hépatite ictérigène et cholesterinogène. Action de la splénectomie. — MM. LOEPER et A. VARAY — Fait d'un ictère que les auteurs suivent depuis plus de trois ans. Il s'agissait d'une hépatite survenue au cours d'un traitement arsenical pour syphilis récente d'origine biotropique. Trois biopsies motivées permirent de suivre l'évolution anatomique vers une cirrhose rapide et marquée. La splénectomie transforma radicalement l'évolution clinique inquiétante. La malade put reprendre une vie active.

Staphylococcie maligne de la face : Thrombo-phlébite du sinus ; sulfamidothérapie arrêtée prématurément ; méningite à staphylocoques ; guérison par reprise des sulfamides. Paralysie du moteur oculaire externe. — M. DEROT souligne la rareté de cette paralysie au cours des staphylococcies malignes de la face. Le deuxième traitement sulfamidé ne déterminant pas d'anurie, ce qui est un argument en faveur de la précipitation des cristaux de sulfamide au niveau du rein.

Deux cas d'ictère aggravé. — MM. DE GENNES, BRICAIRE et DURUPT. — Observation en moins de trois mois de deux cas d'ictère aggravé. Les auteurs insistent sur l'impossibilité qu'il y a à prévoir l'évolution maligne.

Opacités arrondies du squelette pelvien après téléradiothérapie totale. Leur signification. — M. Pierre LEHMANN. — Les opacités arrondies semblent correspondre à des réactions de condensation se développant au niveau de petits foyers métastatiques latents après une séance de téléradiothérapie totale qui ont provisoirement arrêté l'évolution.

Premiers essais thérapeutiques par l'association pénicillo-émétino-sulfaguanidine dans les amibiases graves évoluant en milieu tropical. — MM. BLANC et Fred SIGUIER. — Etude des premiers essais thérapeutiques sur l'amibiase chronique par la pénicilline à la dose de 200.000 unités par jour pendant une semaine. Les résultats obtenus sont spectaculaires : amélioration de l'état général, atténuation des douleurs mais, en milieu tropical, les résultats ne sont durables que dans environ 50 % de ces cas et la moitié des malades présente une rechute. Le traitement par la pénicilline n'en est pas moins précieux puisque cette rechute ne survient qu'après le 45e jour qui suit le dernier traitement.

Les facteurs de chronicité d'emblée de rechutes précoces et d'échecs. Thérapeutique dans l'amibiase tropicale. — MM. BLANC et Fred SIGUIER. — Parmi les facteurs de chronicité figurent au premier rang les infections microbiennes coliques ; les manifestations de la toxicité sont un facteur souvent méconnu. Le traitement de tout état amibien aigu doit, pour être efficace, être dirigé non seulement contre l'amibe, l'ulcération, mais contre la cause qui permet à l'amibe d'objectiver sa potentiabilité agressive. Cette cause est le plus souvent microbienne.

Le traitement d'assaut de l'amibiase. — MM. BLANC et Fred SIGUIER. — Ce traitement peut être tenté par l'association émétine-pénicilline-sulfaguanidine. Pendant sept jours le malade reçoit chaque jour 0,06 d'émétine, 200.000 unités oxford de pénicilline, 16 gr. de sulfaguanidine. Plus tard la cure émétinienne est poursuivie seule jusqu'à la dose totale correspondant au poids du malade.

Néphrose lipoïdique d'origine aurique. — MM. DE GENNES et BRICAIRE. — Observation chez une femme traitée pour arthropathie du genou par les sels d'or, une néphrose lipoïdique typique avec anasarque, en même temps existait un syndrome de myxœdème fruste. Le traitement par le régime hypercarné, la rechloruration et l'opothérapie thyroïdienne ont provoqué une rapide amélioration amenant la guérison actuellement. Cette observation plaide en faveur de l'origine thyroïdienne de la néphrose lipoïdique.

Note sur l'association de l'iode à l'aminothiazol dans la cure des syndromes basedowiens. — M. Guy LAROCHE rapporte cinq observations de basedowiens dans lesquels l'iode a été prescrit avec succès avant, pendant ou après un traitement à l'aminothiasol. L'auteur estime qu'il est indiqué, si possible de continuer pendant quelque temps l'anti-thyroïdien afin d'empêcher la synthèse de la thyroxine. Il est sage de prescrire l'iode à doses modérées et sous surveillance médicale stricte.

Localisation osseuse vertébrale lors d'une septicémie à staphylocoques. — MM. DE GENNES et BRICAIRE. — Cas d'une septicémie à staphylocoques chez une femme de 30 ans consécutive à un furoncle de la lèvre. Guérison obtenue avec les sulfamides et *la pénicilline*, mais un mois plus tard apparurent des douleurs radiculaires de siège lombaire et la radiographie montra deux vertèbres présentant un aspect d'ostéitecondensante rappelant les vertèbres néoplasiques. La pénicilline et un corset plâtré amenèrent une amélioration rapide.

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE 1946

Sur un cas d'endocardite maligne lente traitée sans succès par la pénicilline. — M. A. LEMIERRE, J. REILLY, M. MORIN et ALETON rapportent l'histoire d'un homme atteint d'une maladie d'Osler chez lequel onze hémocultures sont demeurées négatives. Un traitement par la pénicilline poussé jusqu'à 4 millions d'unités par jour demeura sans effet et le sujet, toujours fébrile, succomba asystolique. A l'autopsie les sigmoïdes aortiques apparurent soudées et calcifiées. Histologiquement on trouva dans la profondeur du tissu scléreux infiltré de sels calcaires des microabcès contenant quelques coccigram positifs. L'ensemencement donna un streptocoque non hémolytique très sensible à la pénicilline.

Cette observation démontre l'importance de la structure des lésions valvulaires dans la résistance de certaines endocardites lentes à la pénicillothérapie. Les auteurs insistent sur la nécessité qu'il y a en cas d'hémocultures négatives, à employer d'emblée de très fortes doses de pénicilline. Chez un autre malade de cet ordre, il a fallu 3 millions d'unités par jour pour faire disparaître la fièvre et amener la guérison.

SOCIETÉ DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

21 JANVIER 1946

Sur une forme inhabituelle d'hypospadias (à prépuce complet). — MM. SALMON et HENRY présentent deux enfants atteints d'une forme d'hypospadias inhabituelle. Alors que le méat était péno-balanique, le prépuce ne présente aucune malformation.

La cure opératoire est très facile ; c'est dans ces formes que l'on obtient les plus beaux résultats. La paroi inférieure de l'urètre balanique est reconstituée à l'aide d'un lambeau prélevé sur la face inférieure du prépuce.

L'importance de la perfusion hydrique per et post-opératoire et de la vidange des voies digestives supérieures dans les interventions abdominales et leurs suites immédiates. — MM. LETAC et MICHEL. — Emploi systématique dans les interventions abdominales de quelque importance de la perfusion de sérum isotonique salé ou glucosé pour compenser la perte liquidienne qui entraîne le choc opératoire, et du syphonage par sonde d'Einhorn duodénale pour empêcher l'accumulation de liquides sécrétés dans l'intestin par suite de l'atonie intestinale post-opératoire qui est également facteur de choc.

Arthrite subaiguë streptococcique de l'épaule guérie par la pénicillothérapie locale sans arthrotomie. — MM. ROUQUET et LAMY. — Les auteurs présentent un cas d'arthrite subaiguë de l'épaule traitée par 250.000 unités de pénicilline locale introduite dans l'articulation par la mise en demeure d'un trocart dans la région sous-acromiale et à la dose de 50.000 unités par jour. Guérison rapide avec un résultat fonctionnel très satisfaisant.

Ostéomyélite aiguë traitée par la pénicilline. — M. ASSALI.

28 JANVIER 1946

Une affection du tibia de diagnostic difficile. — MM. SALMON, GRISOLI et BOURDE. — Affection d'allure clinique et radiologique très curieuse. Une biopsie avait répondu « ostéite fibreuse kystique de Recklinghausen ». En réalité les auteurs concluent à un hématome sous-périosté très volumineux dont les parois s'étaient calcifiés. Résection suivie de guérison rapide.

Pollicisation de l'index. — M. LETAC.

Cure radicale de varices par le procédé de l'arrachement. — M. LETAC.

Sur deux ligatures de l'iliaque externe. — M. DELOM.

4 FÉVRIER 1946

Allongement du fémur pour raccourcissement consécutif à une fracture ouverte comminutive. — MM. SALMON et HENRY. — Au cours de la dernière guerre, on a observé beaucoup de fractures ouvertes comminutives du fémur, qui ont été consolidées avec des cals vicieux ou de forts raccourcissements.

MM. Salmon et Henry ont eu à traiter une fracture avec un raccourcissement de 7 cm. qu'ils ont pu corriger complètement grâce à une ostéotomie dans le cal, et une traction sur broche placée dans le fémur.

Les auteurs discutent les procédés d'égalisation des membres inférieurs, ils insistent sur la nécessité de placer la broche dans la diaphyse fémorale de façon à avoir un point d'appui solide loin de la synoviale du genou. Ils précisent qu'il faut continuer la traction très longtemps (75 jours dans leur observation).

Le résultat a été excellent ; aucune raideur du genou, aucune infection.

Histoire en trois temps d'une plaie méconnue de l'artère iliaque externe. — M. LETAC. — Hématome se transformant dans un premier temps en anévrysme circonscrit du psoas iliaque ; 2e temps : rupture retro-péritonéale et vaste poche péritonéale constituée lentement ; 3e temps : hémorragie intrapéritonéale cataclysmique et mort en quelques minutes.

Ulcères de jambe et opération de Moreschi. — M. Jacques DOR.

Traitement chirurgical des sciatiques rebelles. — MM. PAILLAS, DUPLAY, BONNAL.

11 FÉVRIER 1946

Dolicho-mégacolon gauche avec cancer sigmoïdien sous-jacent. — M. J. DOR. — Observation d'un dolicho-mégacolon gauche géant, au-dessous duquel se trouvait un petit épithélioma en virole passé inaperçu cliniquement et radiologiquement. L'auteur insiste sur la difficulté de ce diagnostic et sur les dangers des thérapeutiques indirectes dans le cas où existe une telle association.

Projectile dans le col du fémur chez un jeune enfant, séquelles tardives. — MM. SALMON et HENRY.

18 FÉVRIER 1946

Les possibilités de l'asepsie totale dans la prévention de la maladie post-opératoire. Le conditionnement d'air chirurgical. — M. LETAC. — Rappel du principe dit de « vase clos ». Ne pas ouvrir à l'air libre une enceinte stérilisée qu'on ne veut pas contaminer. Exposé des avantages de ce procédé qui permet non seulement l'asepsie totale, mais aussi le conditionnement de l'air. Intervention en atmosphère saturée et à la température du corps, sans gêne ni pour le malade, ni pour le chirurgien, et sa combinaison avec l'emploi de la chirurgie électrique, l'ensemble empêchant la production du choc.

Premiers essais d'intervention chirurgicale en cellule aseptique. Conditionnée selon le principe du vase clos. — M. LETAC. — Description d'une cellule opératoire de 1 m. 60 cm., mi souple, mi rigide, portant une vitre sur sa face supérieure, sur ses faces latérales des orifices avec manchettes et gants pour le passage des mains du chirurgien et sur sa face inférieure un panneau souple se collant sur le champ opératoire et au travers duquel se font les incisions. Avantages : stérilisation totale, atmosphère saturée à 37° d'où ni infection exogène, ni évaporation, ni refroidissement possibles. Combiné à l'emploi de l'électro-chirurgie, permet la prévention du choc opératoire.

L'appareil prototype, quoique grossier et peu pratique, parce que de dimensions trop réduites, a permis de pratiquer une vingtaine d'interventions dont une gastrectomie pour ulcère avec des résultats intéressants.

Syndrome de Raynaud et thrombose de l'artère sous-clavière par pseudarthrose de la clavicule. — M. A. LENA.

Inclusion intramusculaire de varices, résultats éloignes. — M. LUCCIONI.

Maladie osseuse de Paget. — MM. P. ARTAUD et CHAUVIN.

A propos de l'opération de Moreschi. — M. COTTALORDA.

25 FÉVRIER 1946

Hernie diaphragmatique gauche opérée. — MM. J. DOR, REBOUX et BOUYGUE. — Un homme de 45 ans est renversé par un camion militaire en novembre 1944. Il est hospitalisé et soigné pour diverses fractures et contusions. La douleur thoraco-abdominale passe inaperçue. Pendant un an on le considère comme un pithiatique, puis comme atteint d'appendicite chronique ?

Mais, le dépistage systématique de la bacillose, amène cet employé de la S. N. C. F. devant l'écran. C'est ainsi qu'on découvre une énorme hernie diaphragmatique gauche de l'estomac et du colon gauche ; celui-ci dépassant en Trendelenburg le bord supérieur de la clavicule. Cette hernie a été opérée par thoracotomie dans le service de chirurgie du Dr Michel à la Conception. Les auteurs insistent sur le jour obtenu par la simple thoracotomie avec résection étendue de la 7e côte, sur la facilité que procure le blocage anesthésique extemporané du phrénique, et sur les renseignements précis que permettent d'obtenir des radiographies faites de face, de profil et en position de Trendelenburg avec opacification des voies digestives.

Di-éthyl-silboestrol et métastases du cancer de la prostate. — M. Chauvin.

La chirurgie dans l'armée française pendant la campagne d'Allemagne. — M. Picaud.

Fibrome inclus du ligament large avec position atypique de l'uretère. — M. A. Lena.

4 mars 1946

Volumineux kyste du poumon droit chez un enfant de 15 ans. — M. J. Dor. — L'auteur présente ce kyste à cause de son gros volume ; presque toute la plage pulmonaire droite est opacifiée par une masse aux contours arrondis. On devine le pôle inférieur près de la coupole diaphragmatique gauche débordant l'ombre du cœur. Le petit malade a guéri parfaitement par pneumotomie en deux temps.

La voie d'abord des hernies diaphragmatiques. — M. Delmas. — M. J. Dor, rapporteur. — H. Delmas a observé en chirurgie d'urgence une hernie diaphragmatique traumatique avec compression du cœur et accidents dramatiques, cardio-pulmonaires qui furent rapportés à leur cause véritable par un examen radioscopique démonstratif. Une laparotomie faite d'urgence permit l'abord de la brèche à travers laquelle s'engouffrait l'estomac et la rate. Au moment de la réduction de la rate, il se produisit une syncope mortelle. Celle-ci paraît s'expliquer par les constatations de l'autopsie. Il existait une petite zone d'adhérence récentes (l'accident datait seulement de 30 heures) entre péricarde et rate. En essayant de réduire la rate, H. Delmas avait donc tiré sur le péricarde. L'auteur regrette pour cela de n'avoir pas fait une thoracotomie, plus sûre et plus commode. Cependant J. Dor, le rapporteur, pense que la conduite de H. Delmas était défendable, étant donné la gravité de l'état du blessé et la grande possibilité de lésions abdominales.

Gastrectomie totale. Résultat éloigné (avec présentation du malade). — M. A. Lena.

Gastrectomie totale pour ulcère peptique après gastrectomie. — M. de Vernejoul.

11 mars 1946

Luxation congénitale de la rotule opérée par le procédé d'Ali Krogius. — MM. Salmon et Henry. — Présentation d'un malade opéré par le procédé d'Ali Krogius modifié, le lambeau capsulaire interne au lieu d'être conduit au dehors en passant devant la rotule, est conduit entre le tendon roulien et le cul-de-sac synovial.

Quatre ans et demi après l'intervention, le résultat reste excellent. Les auteurs insistent sur le fait que toute l'intervention est extra-synoviale et qu'il est facile de décoler le cul-de-sac du tendon sous-quadricipital.

Fistule uretérale après hystérectomie pour cancer. Uretéro-néocystostomie. — MM. Bonnal et Tristant.

18 mars 1946

Un cas d'aplasie rénale congénitale, avec présentation de pièce. — MM. E. Chauvin et F. Chauvin.

25 mars 1946

Volvulus de l'appendice chez un nourrisson. — MM. Salmon, Henry et Rodde. — Affection rare chez un nourrisson. Les auteurs insistent sur l'évolution en trois temps. Difficulté du diagnostic. Le volvulus de l'appendice rentre dans le cadre des appendicites « mécaniques ». Un traitement post-opératoire à la pénicilline ne paraît pas avoir modifié l'évolution qui s'est faite normalement vers la guérison.

Uretéro-néocystostomie primitive bilatérale. Résultat éloigné. — M. Ouary.

Gastrectomie totale pour cancer du cardio-œsophage. Mort opératoire. — M. A. Lena.

1er avril 1946

Tumeur d'Ewing. — MM. Salmon, Grisoli et Gastaud. — Garçon de 15 ans atteint d'une tumeur de la jambe. La radiographie conclut à un osteo-sarcome du péroné. Une biopsie montre qu'il s'agit d'une tumeur d'Ewing. A ce sujet les auteurs discutent sur le diagnostic et montrent que, dans les cas douteux, la biopsie n'a pas les dangers qu'on lui attribue.

Histoire d'une cheville osseuse intra-médullaire. — MM. Salmon et Henry. — Une pseudarthrose du tibia est traitée par la méthode de l'enchevillement au moyen d'une greffe prélevée sur le péroné voisin. Le résultat anatomique et fonctionnel est excellent. Les auteurs ont l'occasion de revoir l'opéré huit ans après l'intervention. La radiographie montre la persistance à l'intérieur du canal médullaire du tibia du greffon osseux qui ne s'est pas résorbé, ni incorporé au tibia. Le foyer de pseudarthrose est très bien consolidé à l'aide d'un cal qui réunit les deux fragments.

En conclusion, l'enchevillement n'est peut-être pas la meilleure méthode pour le cas des pseudarthroses, le greffon ne sert que de tuteur mécanique et la consolidation se fait aux dépens du cal périphérique.

Luxation congénitale de la rotule. Opération d'Ali Krogius. Présentation du malade. — MM. Salmon et Henry. — Le procédé d'Ali Krogius primitif a été largement modifié ; le lambeau capsulaire auto-plastique interne est conduit en arrière du tendon rotulien entre ce tendon et le cul-de-sac synovial qui est respecté. Excellent résultat.

L'anastomose aseptique dans la gastrectomie. — M. Letac. — Exposé de la technique de Parker Kerr adaptée à la gastrectomie. Ses inconvénients : plus théoriques que réels. Pas d'hémostases des tranches. Ses avantages : rapidité, propreté, pas d'écoulement extérieur de sang.

8 avril 1946

Réapparition d'un trait de pseudarthrose quatre ans après la cure d'une pseudarthrose de jambe par greffon intra-médullaire et greffes ostéopériostiques. — M. G. Roudil. — L'auteur présente la radiographie d'un blessé traité quatre ans auparavant pour une pseudarthrose du tibia par greffon centro-médullaire et greffes ostéo-périostiques. Quatre mois après, reprise de la marche et le contrôle radiographique montre la consolidation de la pseudarthrose. Le blessé est vu régulièrement et il reprend son métier d'épicier.

Perdu de vue pendant dix-huit mois, il revient pour une douleur de la région opératoire avec chaleur. Ces phénomènes cèdent à des pansements humides, mais une radio de contrôle montre que le trait de pseudarthrose s'est reproduit ; cependant, la jambe est solide et il n'y a aucune mobilité dans le foyer contrôlé radioscopiquement. La radio montre que le greffon intra-médullaire est visible au-dessus et au-dessous du trait de pseudarthrose, qu'il s'est incorporé à l'os, mais il a disparu au niveau de la solution de continuité du tibia.

Fracture du col de l'astragale. Résultat éloigné. — M. Granjon. — Trois ans après réduction par manœuvres orthopédiques d'une fracture du col de l'astragale, la radiographie montre une restitution *ad integrum* dont les contours et la trabéculation ont repris leur dessin normal. Le malade n'éprouve aucune séquelle, ni d'ordre moteur, ni d'ordre vaso-moteur ou trophique.

Clou de Kuntschner extrait au bout de cinq ans. — Présentation de pièce. — M. Ouary.

29 avril 1946

Hernie diaphragmatique du colon transverse. — M. J. Dor. — Observation d'un homme de 68 ans qui, après une chute, présenta des signes gastriques d'intolérance avec douleur et vomissements. Une radiographie ayant montré une double poche gastrique, on intervint avec le diagnostic de plicature gastrique. L'intervention fit découvrir une hernie diaphragmatique à travers un orifice périphérique juste derrière le rebord thoracique droit. Cette hernie comportait un sac qui n'était autre que le péritoine un ligament rond distendu, une brèche de 6 cm. de long, allongée transversalement et un contenu diaphragmatique constitué uniquement par une anse colique transverse, considérablement distendue et allongée.

La fermeture de l'orifice avec capitonnage du sac, la colopexie du transverse tout le long de la grande courbure, la résection du grand épiploon hypertrophié amenèrent la guérison rapide du malade.

Grand kyste séreux de l'épiploon. Présentation de pièce. — M. Lena.

Niche ulcéreuse de la petite courbure à trois niveaux. — M. Bonnal.

Orteil en marteau bilatéral. Présentation de malade. — M. Bonnal.

Guide broche. Présentation d'appareil. — M. Grizaud.

6 mai 1946

Ostéo-chondrite vertébrale. — MM. Salmon et Grisoli. — Jeune garçon de 15 ans, atteint d'ostéo-chondrite vertébrale, localisée à la partie inférieure de la première vertèbre lombaire. Les auteurs discutent le diagnostic, n'éliminent pas complètement une forme anormale du mal de Pott.

Au sujet de la pathogénie des brides post-opératoires. — M. J. Lamy.

Luxation. Fracture du pied. Présentation de malade. — M. Silhol.

Tumeur embryonnaire du rein droit chez un nourrisson de quinze mois. Présentation de la pièce. — M. Salmon.

Aplasie du grêle chez un nouveau-né. (Présentation de la pièce. — M. Salmon.

14 mai 1946

Coude à ressort bilatéral. Présentation de la malade et des radiographies — MM. Salmon et Henry. — Histoire d'une jeune fille de 20 ans atteinte d'un syndrome du coude à ressort bilatéral, affection d'une exceptionnelle rareté, à tel point que la plupart des traitement orthopédiques n'en font pas mention.

La radiographie a montré qu'au moment du ressaut, la tête radiale se luxait en avant à volonté.

Les auteurs conseillent l'abstention opératoire.

Ostéite éberthienne de l'omoplate survenue plus de neuf ans après la fièvre typhoïde. — M. Sérafino. Rapporteur: M. Salmon. — Observation d'une ostéite tardive consécutive à une fièvre typhoïde. Présence de bacilles d'Eberth au niveau du foyer. Résection partielle de l'omoplate. L'auteur insiste sur la localisation exceptionnelle au niveau de l'omoplate et la nécessité d'enlever tout le foyer.

Hernie diaphragmatique. Présentation de malade. — M. Ouary.

ACTUALITÉS

Le service national de la santé et les médecins anglais (1)

Entre les passes d'armes que provoque le projet Bevan, le referendum ouvert parmi les étudiants par la *British Medical Students' Association* en Angleterre, en Ecosse et dans le Pays de Galles, mérite mention particulière. Les résultats sont à peu de chose près semblables dans les trois pays et à certains égards aisés à prévoir. On peut y trouver le résultat des difficultés qui dans le Royaume-Uni comme ailleurs viennent assaillir les jeunes au début de leur carrière.

La perspective de la stabilité, l'assurance contre l'imprévu ont leur charme.

Aussi 60 % des réponses reçues peuvent-elles être considérées comme un témoignage de bonne volonté vis-à-vis du projet, 17 % seulement marquent une opposition caractérisée. C'est un succès moral indéniable mais dont, avant de l'interpréter, il convient d'examiner les composantes.

On ne doit pas non plus passer certaines approbations qui vont plus au principe de l'amélioration nécessaire du service général des praticiens, que 3 votants contre 1 reconnaissent nécessaire, qu'au projet Bevan dans son économie puisqu'ils contestent son efficacité dans ce but.

Sur la rémunération du médecin, il n'est que 12 % d'aventureux qui, ne se fiant qu'à leur propre énergie, s'en tiennent à la rémunération directe par le malade qu'ils ont examiné, en dehors de tout salaire officiel. 18 % sont « très prudents » et se contenteraient d'un fixe venu de l'Etat, sans rien de plus, se tenant sans doute pour assurés que l'Etat ne cherchera jamais une économie à leurs dépens. 64 % agréent le système gouvernemental : salaire de base fixe et prorata dégressif surajouté.

L'organisation des centres a pour elle 50 %, contre elle 30 % des voix entendues.

La cession de clientèles, usuelle et légale jusqu'ici en Angleterre, est interdite par le projet. 50 % des étudiants approuvent cette novation, y voyant sans doute pour les jeunes la possibilité de se tailler une place à moindres frais. 40 % des étudiants n'agréent pas cette générosité de l'Etat aux frais de leurs anciens et préfère le *statu quo*.

Quant à l'affectation d'autorité du médecin à une circonscription, si 47 % des étudiants qui répondent l'acceptent, 50 % la repoussent.

Même proportion sur la constitution des comités médicaux telle qu'elle est projetée : 47 % pour, 50 % contre.

Si l'acceptation est à peu près générale sur les hôpitaux d'enseignement, soumis à un régime propre, sur l'organisation de cours périodiques d'information pour les praticiens installés, il y a également accord, mais contre les projets gouvernementaux, lorsqu'il est question de déposséder les hôpitaux privés. Le désir est cependant unanime d'améliorer les moyens matériels, ce qui est au-dessus des moyens de la plupart des petits hôpitaux.

La bonne volonté de principe envers un projet même imposé, tient cependant compte des répercussions financières sur lesquelles on n'a aucune précision. En même temps que des répercussions financières supportables, les réponses tiennent aussi compte de la façon acceptable ou non dont les médecins seront traités par les règlements à venir, corollaires de la loi. C'est là, nous semble-t-il, un petit nuage dans ce firmament de bienveillance.

Beaucoup plus remarquable est la disproportion entre le nombre des étudiants consultés par la *British Medical Students' Association*, 10.106, et le nombre des réponses reçues : 3.801. 37,6 % seulement. Il n'y a pas là une manifestation d'indifférence ; il serait sans doute au moins téméraire d'y voir de la résignation ou une approbation tacite du projet.

Cependant la deuxième lecture du projet se fait devant la Chambre des Lords. On y entend les mêmes critiques de principe et de fait, les mêmes réserves, les mêmes approbations : nécessité d'un rendement amélioré et de plus grands moyens, réserves sur les Comités, même approbation quant aux hôpitaux d'enseignement et des conférences d'information ; même méfiance ouverte de la nationalisation des hôpitaux, même désir de garder leur indépendance aux hôpitaux volontaires qui « ont fait leurs preuves et sont la base de la renommée et du progrès de la profession médicale (Lord Moran) ; mêmes craintes pour la liberté des praticiens, même hostilité contre le dirigisme et la dictature ministérielle. Lord Moran insiste sur la garantie d'insuccès ou d'inefficacité pour toute loi prétendant domestiquer le médecin. Ce serait un désastre de mettre en application un projet avec un corps médical mécontent.

Si ces vues sont excessives, il est sans doute excessif aussi de tabler par principe, avec Lord Linman, sur la persistance malgré tout de l'esprit de « self sacrifice » du praticien. Lord Horder insiste sur le danger financier, sur le vice foncier de toute mécanisation de la médecine, de la centralisation excessive, du contrôle à la fois lointain et tâtillon, sur la façon dont auraient été menées certaines consultations ministérielles, sur les modes de rémunération et leur avenir. Un certain nombre des nobles Lords répète, par ailleurs, les critiques générales que le projet a depuis le début soulevées, ajoutant même avec Lord Llewellin que les médecins qui ne cherchent qu'une rémunération fixe ne sont peut-être pas les meilleurs de leur profession ou avec Lord Addington que les hommes doivent passer avant les plans et les schémas.

Par ailleurs les meetings se succèdent. Le 19 septembre Newcastle réunissait les médecins de l'Angleterre du nord et le Dr Cockshut a renouvelé avec autant de vivacité que les orateurs d'autres meetings les mêmes critiques, émettant l'idée d'un referendum sur le principe du projet. Sir Ch. Trevelyan n'hésita pas à qualifier tout monopole de mal en soi, à prévoir l'encombrement de la salle de visite par de simples paresseux et le débordement de tous les centres par une clientèle artificielle. Si M. Morgan (M.P.) vient défendre en politicien l'œuvre des politiciens, le Dr Cockshut n'en obtient pas moins le vote d'une motion dans laquelle une majorité, d'ailleurs faible, déclare que le projet Bevan est incapable d'apporter à la nation l'amélioration qu'elle recherche.

Ce sont là protestations de justiciables ; on ne saurait d'après elles préjuger avec quelque certitude des conclusions ni des résultats. Le Panel System de 1911 a ouvert des brèches qu'il est devenu difficile de fermer en 1946.

R. L.

(1) Cf. *Gazette des Hôpitaux*, 15 avril 1946, p. 170 ; n° 1er juin 1946, p. 244 ; n° 15 septembre 1946, p. 392.
Cf. *British Med. Journ.*, 12 et 19 octobre 1946.

avec la date de naissance, la mention du capital à assurer au profit de chacun d'eux, ainsi que du ou des bénéficiaires en cas de décès.

Art. 5. — Dès réception de cette liste, l'Union accomplit auprès de la Caisse Nationale au Décès les formalités préalables à la conclusion du contrat et fait connaître à la Société Mutualiste, en temps utile, le montant de la prime qu'elle aura à verser ainsi que le délai dans lequel ce versement doit être effectué entre ses mains. L'Union transfère ensuite la prime à la Caisse Nationale au Décès et poursuit la souscription de la police.

Art. 6. — Les déclarations faites tant par la Société Mutualiste proposante que par les assurés devant servir de base à l'assurance, l'Union s'engage à ne les modifier en aucune façon. En conséquence, elle ne saurait encourir aucune responsabilité dans le cas où le caractère incontestable du contrat viendrait à faire l'objet d'un différend avec la Caisse Nationale au Décès.

Il ne peut être apporté d'autre exception à l'incontestabilité du contrat que celles prévues par les polices de la Caisse Nationale au Décès.

Art. 7. — Le risque de décès et celui de l'invalidité sont garantis sous les seules réserves figurant dans les polices de la Caisse Nationale au Décès et qui sont actuellement les suivantes :

1° Décès ou invalidité résultant d'accidents, blessures ou maladies survenus du fait volontaire de l'assuré ou du bénéficiaire ; ces risques sont, en principe, exclus.

Toutefois, en cas de suicide, la Caisse Nationale paie le capital garanti si, depuis deux années, l'assuré était compris dans une assurance collective annuelle ou si, le suicide étant survenu au cours des deux premières années d'assurance, la preuve est apportée qu'il a été inconscient ;

2° Décès ou invalidité résultant de risques spéciaux visés ci-dessous. Ces risques sont exclus, à moins qu'ils n'aient été couverts par un avenant spécial ;

3° Décès ou invalidité résultant de la guerre.

A. — Ces risques sont couverts gratuitement :

1° Pour les assurés non mobilisés ;

2° Pour les assurés mobilisés dans leurs fonctions auprès de la collectivité professionnelle contractante dès lors que le lieu du travail est situé en dehors de la zone des armées.

B. — Pour les assurés des collectivités professionnelles mobilisés dans leur fonction en zone des armées et pour les autres mobilisés ou engagés volontaires appelés à participer à des opérations de guerre contre une puissance étrangère en conflit avec la France, quelle que soit leur affectation, le risque de décès est couvert de plein droit par la Caisse Nationale, à concurrence du quart du capital assuré ; pour le surplus, l'assurance est suspendue, pour chaque assuré, dans les conditions de la loi du 22 juillet 1919, à partir du jour de la mobilisation ou, lorsqu'il n'y a pas eu mobilisation préalable, de son envoi sur le théâtre des opérations.

La suspension susvisée peut être évitée en passant avec la Caisse Nationale un avenant comportant le paiement par le contractant d'une surprime égale à 6,50 % des trois quarts du capital assuré. La demande de garantie doit être reçue par la Caisse Nationale, au plus tard dans les huit jours qui suivent la mobilisation de l'assuré ou son envoi sur le théâtre des opérations. La surprime doit être versée et l'avenant signé dans le délai fixé dans la réponse de la Caisse Nationale, faute de quoi la garantie ne joue pas.

La couverture de l'invalidité survenue du fait de la guerre est, en tout état de cause, exclue.

C. — Si un assuré perd la vie du fait de sa participation à des opérations de guerre autres que celles définies ci-dessus, l'assurance est résiliée en ce qui le concerne et la Caisse Nationale rembourse la portion de prime correspondant à la période d'assurance restant à courir à compter du premier jour du mois suivant la date du décès.

Risques spéciaux. — Les risques courus par les membres du groupe à l'occasion de voyage accompli à bord d'un appareil de locomotion aérienne ou encore à l'occasion de courses de chevaux ou d'automobiles, doivent être garantis par un avenant spécial consenti par la Caisse Nationale moyennant, s'il y a lieu, le paiement d'une surprime.

Toutefois, les risques aériens courus par les passagers d'une ligne commerciale autorisée et ceux courus, en temps de paix, par des militaires de réserve en service commandé, n'appartenant pas à l'armée de l'air, sont couverts, sans avenant ni surprime.

Art. 8. — Lorsque le paiement du capital assuré est réclamé, soit en cas d'invalidité, soit en cas de décès, la partie intéressée adresse une demande à la Société Mutuelle qui en saisit l'Union. Celle-ci lui fait connaître sans délai les pièces à produire et, lorsqu'elle est munie de ces pièces, poursuit les formalités à accomplir en vue du paiement.

Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins a élu comme secrétaire général, en remplacement de M. B. Lafay, démissionnaire de ce poste, M. Jean-Robert Debray.

Ont été élus secrétaires généraux adjoints MM. R. Brocard et P. Bouteau.

M. Le Lorier a été chargé de la direction de la 4e section (Finance et Entraide), en remplacement de M. Huet, démissionnaire de ce poste.

Le Conseil départemental informe les médecins de la Seine que ses services seront transférés au 14, rue Euler, Paris (8e) (métro George-V ou Etoile), à partir du 2 décembre 1946.

CHRONIQUE

M. Hyacinthe Vincent, docteur « honoris causa » de l'Université de Bruxelles. — Au moment où nous mettons sous presse a lieu la remise solennelle du diplôme de docteur « honoris causa » de l'Université de Bruxelles, à M. le professeur Hyacinthe Vincent. La cérémonie, dont nous rendrons compte, a eu lieu le vendredi 22 novembre, à l'ambassade de Belgique, à Paris.

La commémoration du quarantième anniversaire de la fondation de la Société de médecine militaire française

En 1906, M. le médecin général inspecteur Delorme, reprenant une tradition remontant à Dominique Larrey, entreprit de fonder la Société de médecine militaire française.

Avec sa ténacité bien connue, avec le grand et légitime prestige dont il jouissait, M. le professeur Delorme n'eut pas de peine à réunir autour de lui et les maîtres de la médecine militaire, et ceux de la médecine civile. Je crois bien me rappeler que mon maître Chauffard fut un des premiers à répondre à son appel. Il fut bientôt suivi par beaucoup de collègues. Ainsi, grâce au professeur Delorme, se trouva créée cette Société qui depuis quarante ans est le reflet exact des travaux intéressant la médecine militaire. Deux guerres ont passé depuis la fondation de la Société. De cette double épreuve, les travaux français sont sortis à leur honneur. La médecine militaire française a montré la valeur des travaux français, mais aussi sa faculté d'adaptation rapide à toutes les méthodes, à tous les progrès, et ils furent retentissants, réalisés par nos alliés.

La commémoration a eu lieu au Val-de-Grâce, dans la noble salle Laveran où, récemment, fut célébré le jubilé de M. Hyacinthe Vincent, le savant le plus éminent et le plus représentatif de la médecine française pendant ces quarante dernières années.

La séance fut ouverte par une belle allocution du médecin général inspecteur Jame, président de la Société.

Puis M. le médecin général inspecteur Toubert, président honoraire, présenta en un élégant tryptique : Larrey, le précurseur, Delorme, le réanimateur, enfin les continuateurs contemporains qu'on pourrait justement appeler les mainteneurs.

Des questions d'ordre scientifique furent ensuite exposées : par le médecin lieutenant-colonel Julliard (armée de terre) qui traita de la réanimation transfusion dans l'armée, son évolution, sa place dans l'avenir.

Puis le médecin en chef de 1re classe Querangal des Essarts, et le médecin en chef de 2e classe Berge (Marine) parlèrent de l'eau d'alimentation à bord des navires de guerre.

Le médecin lieutenant-colonel VIALAR-GOUDOU (colonies) exposa le fonctionnement théorique et pratique du service de santé du First French Group pour les affaires de Bir-Hakeim (27 mai-11 juin 1942).

Les « Problèmes d'aujourd'hui et de demain en médecine aéronautique » furent enfin l'objet d'une remarquable communication du médecin colonel BERGERET (air).

L'ordre du jour de cette séance montre bien l'orientation que l'éminent président actuel tient à donner à la Société. Sans oublier la gratitude qu'elle doit à son fondateur, sans sous-estimer les remarquables travaux antérieurs, la Société tourne ses regards vers l'avenir et aborde résolument des questions dont l'importance s'affirme de jour en jour.

F. L. S.

La leçon inaugurale du professeur Giroud

Le 14 novembre a eu lieu, au grand amphithéâtre de la Faculté, une leçon doublement inaugurale : M. le professeur GIROUD prenait possession de la chaire d'embryologie dont il est le premier titulaire. Très nombreuse assistance, faite surtout d'étudiants pleins d'entrain qui saluèrent longuement l'entrée du doyen, du nouveau professeur et de ses collègues. L'hémicycle était, de plus, composé des plus notoires représentants de l'Académie de Médecine, de l'Institut Pasteur, du corps des hôpitaux. Selon l'habitude qui lui est chère, le recteur Roussy reprenait pour quelques instants sa place entre ses anciens collègues.

En quelques mots heureux, M. le doyen BINET présenta le nouveau Maître. A son tour, M. le professeur Giroud adressa un remerciement à ceux qui l'avaient appelé au milieu d'eux et à tous ceux, parents et Maîtres, envers qui les diverses étapes de sa formation et de ses travaux le rendent débiteur. Il fait ensuite l'historique de l'enseignement de l'embryologie. Séparée successivement de l'anatomie et de la physiologie, l'embryologie possède enfin aujourd'hui son autonomie. M. Giroud retrace l'histoire de la science elle-même, morphologique, puis physiologique et depuis quelques années, délibérément expérimentale dans son inspiration et sa technique. Si les auditeurs avertis purent ensuite apprécier l'élégante et précise simplicité avec laquelle M. Giroud résumait des questions qui leur sont familières, les auditeurs novices ne furent pas moins surpris de trouver si facile à saisir l'exposé général d'une science austère. Les notions récentes d'organisations, le rôle des hormones, les rapports généraux avec l'endocrinologie furent heureusement retenus et amenèrent l'orateur à évoquer l'importance pratique de l'embryologie, en gynécologie, en médecine, en chirurgie, ses rapports avec la génétique, avec les ultra-virus, avec la cancérologie.

Bien des noms furent salués de salves d'applaudissements et témoignèrent qu'ayant si bien su éveiller et maintenir l'intérêt de ses auditeurs, le professeur Giroud ne manquera pas, comme le disait le Doyen, de garder en des mains sûres le flambeau du nouvel enseignement.

R. L.

LIVRES NOUVEAUX

Les gliomes infiltrés du tronc cérébral, par Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et Jean GRUNER. 1 vol. 286 pages, 112 figures. Masson.

Les commodités de la description anatomique font diviser volontiers le tronc cérébral en étages distincts dont les processus pathologiques n'ont cure, et, en particulier, dans le type clinique auquel est consacrée cette remarquable étude.

La gliomatose diffuse du tronc cérébral est d'une forme anatomoclinique, moins exceptionnelle peut-être aujourd'hui que dans le passé ; elle atteint d'emblée de multiples étages du tronc cérébral sans donner lieu à un syndrome d'hypertension cranienne et évolue rapidement à la manière d'une maladie infectieuse.

Après une étude historique générale du problème, les auteurs relatent 12 observations personnelles avec, à l'appui, un nombre considérable de schémas et de photographies macroscopiques et microscopiques d'une remarquable perfection. On y constate l'imprécision des limites anatomiques et l'existence d'un processus d'infiltration par hypertrophie des éléments névrogliques sans nécrose ni destruction des éléments nobles, ce qui concorde avec l'importance minime du déficit, malgré le nombre des noyaux intéressés.

La plupart des travaux sur le sujet, tant en France qu'à l'étranger, a jusqu'ici un caractère fragmentaire et la présente étude est la première qui, en tous pays, apporte une mise au point d'ensemble. Elle s'appuie sur une bibliographie importante, mentionnant tous les travaux antérieurs à 1940.

L'étude historique et l'exposé détaillé des 12 cas personnels sont suivis d'une synthèse générale clinique, anatomique et thérapeutique.

Ce travail, d'une rare perfection, témoigne de la fidélité à ses traditions de l'Ecole de la Salpêtrière dont la vitalité, en dépit de la dureté des temps, fait honneur à la neurologie française dont elle assure le rayonnement.

R. L.

I. Astrophysique. Structure de l'univers et de la matière. — II. Le circuit luneterre. Le mécanisme de la radio-activité et de la bombe atomique. — III. Le sang. Maladies de la nutrition, par G. FROIN, 3 vol. Paris 1945-1946, Girardot et Cie.

Maint domaine voit revivre des conceptions longtemps oubliées ; les philosophes et les alchimistes du passé trouvent aujourd'hui des continuateurs, même en médecine, et sans doute n'est-ce là qu'un début, en théorie et en pratique. Les forces cosmiques sont à peine mieux que devinées et les médecins s'efforcent d'élucider leurs actions sur l'organisme.

La présente série d'ouvrages ne manquera pas, pour les esprits curieux et les médecins amis de la méditation, d'ouvrir bien des perspectives inattendues aussitôt qu'ils se seront familiarisés avec une langue condensée et sévère, à laquelle nous ne sommes plus accoutumés.

Il faut savoir gré aux pionniers qui essaient, comme M. Froin, d'éclaircir tant de problèmes qui échappent encore à notre intellect, et qui vont sans doute se poser lorsque l'homme de notre vieille terre essaiera de communiquer avec les mondes extérieurs.

R. L.

L'allergie tuberculeuse chez l'homme, par G. CANETTI, 1 vol., 338 p. Editions médicales Flammarion, Paris 1946 (Collection de l'Institut Pasteur).

Ayant d'abord défini l'allergie et délimité son domaine, précisé le rôle qu'on peut attribuer respectivement au bacille et à la tuberculine et comparé l'allergie cutanée et l'allergie viscérale, l'auteur expose la technique nécessaire à une exploration précise, à la détermination du seuil allergique et le problème de la sensibilisation due à la réaction elle-même. L'allergie est ensuite étudiée dans les diverses bacilloses, latente ou confirmée des divers appareils, isolés ou associés, ses variations sous diverses influences. Il s'attache à préciser, autant que faire se peut, le mécanisme du phénomène et son influence sur la marche de la maladie, ainsi que ses rapports avec l'immunité antituberculeuse.

Etude substantielle, étayée de tableaux, de graphiques et d'une importante bibliographie. Synthèse surtout, en tous points conforme au tableau qu'en trace l'auteur dans une remarquable introduction : coordination et explication temporaire des connaissances acquises et point de départ pour des travaux à venir bien coordonnés.

R. L.

L'Orientation biologique de la main-d'œuvre. Une brochure in-8° de 172 pages, avec de nombreuses figures. Comité français d'études « Prévention et Sécurité », 23, rue de la Pépinière, Paris (8e).

L'Année Médicale Pratique, XXVe année, édition 1946, publiée sous la direction de C. LIAN, professeur de clinique médicale, médecin de l'hôpital Tenon. Un volume in-16 couronne, 500 pages, prix 162 francs, Editions R. Lépine, 39, rue d'Amsterdam, Paris (8e). C. Chèques Post. Paris 712-04.

L'Année Médicale Pratique fête ses noces d'argent. 1946 est sa 25e année. C'est dire le sérieux, la solidité de ce volume annuel qui a marqué définitivement sa place dans la littérature médicale française.

Les nombreux médecins qui le lisent chaque année attendent toujours avec impatience sa publication, car ils savent que cet ouvrage renferme toutes les notions nouvelles et pratiques en médecine, chirurgie et dans toutes les spécialités ; petits articles faciles à consulter puisqu'ils sont classés par ordre alphabétique.

Un omni-praticien ne peut faire de la bonne médecine sans consulter souvent l'Année Médicale Pratique. Ce n'est pas là un slogan publicitaire, c'est l'expression de la réalité.

Enseignement des Hôpitaux libres
Gastro-entérologie
(1946-1947)

Lundi 9 décembre, à 12 heures. — Hôpital Saint-Michel : salle de consultations de gastro-entérologie. Organisation générale des examens et de l'enseignement en gastro-entérologie, par M. Maurice DELORT.

Lundi 16 décembre, à 12 heures. — Hôpital Saint-Michel : Hémorroïdes et leur traitement, par R. SAVIGNAC.

Lundi 6 janvier, à 12 heures. — Hôpital Saint-Michel : Traitement de la fissure anale. Sphinctéralgique, par R. SAVIGNAC.

Lundi 13 janvier, à 12 heures. — Hôpital Saint-Michel : La sténose rectale et son traitement, par R. SAVIGNAC.

Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 27. — SAMEDI 30 NOVEMBRE 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr. ; Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours normal de médecin des hôpitaux

Première série d'épreuves - Admission
Année 1946 - Concours pour trois places

Liste, par ordre de tirage au sort, de MM. les Membres du Jury :

MM. les Drs Gilbert Dreyfus, Clovis Vincent, Worms, Kourilsky, Debray (Maurice), Gougerot, Flandin, Gutmann, Renaud (Maurice) (honoraire), Cattan, Gautier, Henri Bénard.

Concours pour 6 places de médecin des hôpitaux

Epreuve annuelle de titres
Année 1946

Liste, par ordre de tirage au sort, de MM. les Membres du Jury :

MM. les Drs Boltanski, Perrault, Weissmann, Lelong, Worms, Harvier, Mme Roudinesco, Tzanck, Derot, Cattan, Lian, médecins ; Deniker, chirurgien honoraire.

Concours spécial pour 3 places d'électro-radiologistes des hôpitaux

Liste par ordre de tirage au sort de MM. les Membres du jury :

MM. les Drs Thibonneau, Porcher, Aimé, Truchot, honoraires ; Busy (Jacques), Ordioni, Beau, électro-radiologistes ; Nicaud, médecin ; Métivet, chirurgien.

Internat en pharmacie

Concours de 1946

Liste, par ordre de tirage au sort, de MM. les Membres du Jury :

MM. Couroux, Girard, Fabre, Goris (André), pharmaciens des hôpitaux ; Herbain, pharmacien de ville ; Mangeot, Poirot, Hazard, Valette, David, censeurs.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Chaire de biologie médicale
Leçon inaugurale

M. le professeur Verne fera la première leçon de son cours le lundi 2 décembre 1946, au grand amphithéâtre de la Faculté et le continuera tous les lundis, à 18 heures, à l'amphithéâtre Vulpian.

Sujet du cours : Problèmes biologiques d'actualité soulevés par l'étude des tissus conjonctifs.

Avis de vacances de chaires. — Par arrêté en date du 14 novembre 1946, sont déclarées vacantes : la chaire de clinique des maladies infectieuses de la Faculté (dernier titulaire : M. Lemierre).

La chaire d'anatomie de la Faculté (dernier titulaire : M. Rouvière).

La chaire de pathologie et thérapeutique de la Faculté (dernier titulaire : M. Baudouin).

Un délai de 20 jours, à dater de la publication du présent arrêté au « Journal officiel » est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres. (J. O., 21 novembre 1946.)

Stages. — Les élèves de 4e année remplissant les fonctions d'interne ou d'externe non nommés au concours devront cesser ces fonctions le 28 février 1947. Ils devront s'inscrire au guichet 5 pour accomplir les stages de dermatologie et d'obstétrique obligatoires avant la 16e inscription.

Aucun de ces stages ne sera reporté en 5e année.

— La Commission scolaire, dans sa séance du 18 novembre, a décidé que les élèves inscrits directement en surnombre dans un service hospitalier sans avis préalable de la Faculté, se verront refuser la validation de leur stage.

FACULTES DE PROVINCE

Strasbourg. — Par arrêté du 14 novembre 1946 (J. O. 21 novembre 1946) la chaire de clinique ophtalmologique de la Faculté de Strasbourg est déclarée vacante.

Par arrêté du 14 novembre 1946, la chaire de clinique dermatologique et syphiligraphique de la Faculté de Strasbourg est déclarée vacante.

Liste d'aptitude à l'enseignement supérieur

MÉDECINE : La liste d'aptitude à l'enseignement supérieur est établie ainsi qu'il suit pour les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie :

HISTOLOGIE : MM. Bimes, Clavert, Mme Coujard, Mas, Gineste, Jullien, Laveran, Stoll, Paray.

ANATOMIE : MM. Bourgeon, Guerrier.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE : MM. Cazal, Grynfelt, Léger (Henry).

BACTÉRIOLOGIE : MM. Aversenq, Couture, Moureau, Schæfer.

MICROBIOLOGIE : M. Seigneurin.

PHYSIQUE : MM. Auvergnat, Castagne, Casanova, Mlle Gex, MM. Gros et Kofmann.

CHIMIE : MM. Bertrand et Blanc.

CHIMIE BIOLOGIQUE ET PHYSIOLOGIQUE : MM. Mandel, Michel et Taillandier.

CHIMIE MINÉRALE ET TOXICOLOGIQUE : M. Dequidt.

PHARMACIE ET HISTOIRE NATURELLE PHARMACEUTIQUE : M. Tempere.

PHYSIOLOGIE : M. Colombes, Mlle Gilberte Rougier.

BOTANIQUE : MM. Girard et Herlemont.

HISTOIRE NATURELLE, MÉDECINE ET PARASITOLOGIE, MÉDECINE LÉGALE. — Mlle Cochet, MM. Coudert, Pautrizel, Ollivier et Witas.

PHARMACOLOGIE. — M. Schmidt.

HYGIÈNE. — M. Fernier.

CHIRURGIE OPÉRATOIRE. — M. Labry.

Faculté des sciences. — Mme Joliot-Curie, professeur sans chaire à la Faculté des sciences de l'Université de Paris, est nommée, à compter du 1er octobre 1946, professeur titulaire de la chaire de physique générale et radioactivité à cette Faculté (dernier titulaire : M. Debierne).

M. Aubel, professeur sans chaire, est nommé à compter du 1er octobre 1946 professeur titulaire de la chaire de chimie biologique de cette Faculté, en remplacement de M. Javillier, retraité.

Académie des Sciences

Prix attribués en 1946

CHIMIE

Prix Jecker (5.000 fr.). — Au professeur Jeanne Lévy (Paris), pour ses travaux de chimie organique.

Prix Paul Marguerite de la Charlonie

(6.000 fr.). — Au professeur Paul Fleury (Paris), pour ses travaux de chimie biologique.

Prix Emile Jungfleisch (50.000 fr.). — Au professeur Bougault (Paris), pour l'ensemble de ses travaux de chimie organique.

ANATOMIE ET ZOOLOGIE

Prix Cuvier (4.000 fr.). — Au professeur M. Klein (Strasbourg), pour ses travaux sur la sexualité chez les mammifères.

Prix Da Gama Machado (3.000 fr.). — A M. M. Laplaud (Rambouillet), pour ses travaux sur l'insémination artificielle.

Fondation Savigny (3.000 fr.). — Au professeur R. Kehl (Alger) pour ses travaux sur le cycle sexuel des reptiles d'Algérie.

MÉDECINE ET CHIRURGIE

Prix Montyon. — Trois prix de 6.000 fr. sont décernés:

A M. H. Dubois-Ferrière, pour son ouvrage intitulé : « La maladie post-opératoire et le choc traumatique ». — Au regretté professeur Noël-Fiessinger (Paris), MM. H.-R. Olivier et M. Herbain (Paris), pour leur ouvrage intitulé : « Diagnostics biologiques ». — A MM. D. Petit-Dutaillis et St. de Sèze (Paris), pour leur ouvrage intitulé : « Sciatiques et lombalgies par hernie postérieure des disques intervertébraux ».

Prix Barbier (5.000 fr.). — A M. R. Martin, Institut Pasteur), pour son ouvrage intitulé : « La pénicilline et ses applications cliniques ».

Prix Bréant (20.000 fr.). — A M. R. Richou, pour ses travaux d'immunologie.

Prix Godard (3.000 fr.). — A MM. P. Truchot et B. Fey (Paris), pour leur ouvrage intitulé : « L'Urographie intraveineuse ».

Prix du Baron Larrey (4.000 fr.). — A M. M. Pilod (Val-de-Grâce), pour son étude sur les causes des variations de la morbidité dans l'armée métropolitaine.

Fondation Charles-Bouchard (5.500 fr.). — Deux prix de 2.750 fr. sont décernés : au professeur J. Leveuf et P. Bertrand (Paris), pour leur ouvrage intitulé : « Luxations et subluxations congénitales de la hanche. Leur traitement basé sur l'arthrographie ». — A MM. E. Ricard et G. Fanjeaux, médecins capitaines, pour leur travail sur les réanimations et transfusions de guerre.

Prix Jean Dagnan-Bouveret. — Deux prix de 5.000 fr. sont décernés : aux professeurs A. Sézary et J. Lenègre (Paris), pour leur « Précis de pathologie médicale ». — A M. R. Crosnier, médecin des hôpitaux militaires, pour ses études de nutrition.

CANCER ET TUBERCULOSE

Fondation Roy-Vaucouloux (7.000 fr.). — A M. Ch. Oberling, pour l'ensemble de ses recherches sur le cancer.

Prix Louise Darracq (6.000 fr.). — Au professeur A. Lacassagne (Paris), pour l'ensemble de ses travaux sur le cancer.

Fondation Henriette Régnier (4.000 fr.). — Au professeur P. Hauduroy (Lausanne), pour ses recherches sur les bacilles paratuberculeux.

PHYSIOLOGIE

Prix Montyon (6.000 fr.). — Au professeur J. Giaia (Belgrade), pour ses travaux sur le métabolisme dans la série animale.

Prix L. La Caze (12.000 fr.). — Au professeur H. Piéron (Paris), pour ses recherches expérimentales de psychophysiologie.

Prix Pourat (4.400 fr.). — A Mlle D. Quivy, pour son ouvrage intitulé : « Evaluation de l'héparine « in vitro ». L'héparinémie au cours de certaines agressions ».

HISTOIRE ET PHILOSOPHIE DES SCIENCES

Prix Binoux (8.000 fr.). — A M. P. Vendryès (Châtelguyon), pour ses ouvrages sur la philosophie des sciences.

Comité technique du Centre national de l'éducation sanitaire. — Sont nommés membres du comité technique du Centre national :

Au titre de la commission d'éducation sanitaire du conseil permanent d'hygiène sociale : MM. les professeurs Jacques Parisot, Etienne Bernard, Jacques Sautet.

Au titre des grandes institutions nationales : MM. le professeur Fernand Bezançon (comité national de défense contre la tuberculose) ; M. le Dr Lesné (comité national de l'enfance) ; M. le professeur H. Gougerot (Ligue nationale française contre le péril vénérien) ; M. le docteur Sicard de Plauzoles (Soc. franç. de prophylaxie sanitaire et morale) ; M. le Dr G. Brouardel (Ligue nationale contre l'alcoolisme) ; M. le professeur G. Roussy (Institut du Cancer) ; M. le Dr Coste (ligue nationale française contre le rhumatisme).

M. le Dr Jacques Parisot est nommé président du comité technique.

Comité technique d'action sanitaire et sociale

Sont nommés membres titulaires de ce Comité : MM. Pierre Laroque, les Drs Hilaire, Cavaillon, Anjaleu ; MM. Rain, Heller, le Dr Jacquesson, Leveillé, Michel, Texier, Doignon, le professeur Desoille, le Dr Cibrie, les professeurs Parisot, Etienne Bernard, Bugnard, les Drs Pierre Bourgeois, Degos, Hector Descomps, Pierre Lévy, Julien Marce, Wolfromm, le professeur Santenoise, les Drs Baillargé et Joutaret.

La présidence du Comité technique est assumée par M. le professeur Parisot.

Groupement médical d'études antialcooliques

14 bis, rue d'Alger, Nantes

Le Groupement médical d'études antialcooliques a tenu son assemblée générale à Paris le 9 octobre 1946 sous la présidence du Dr Bonvoisin, maire d'Elbeuf : élection du bureau fédéral. Président : prof. Auvigné (Nantes) ; vice-présidents : prof. Guy Laroche (Paris), Dr Bonvoisin ; secrétaire général : prof. Perrin (Nantes) ; secrétaires adjoints : prof. Fleury (Rouen), Dr Chêne (Paris), Dr Duchêne (Paris).

Le rapport du secrétaire général rappelle que le G.M.E.A. n'est pas une société d'abstinents, bien que ceux-ci y soient représentés, mais une fédération de tous les médecins ayant comme préoccupation commune d'étudier l'alcoolisme et de le combattre. Il montre l'œuvre déjà importante qui a été réalisée.

A l'issue de la discussion qui suit le rapport, il est décidé que le bureau fédéral fera une démarche près de M. le recteur Roussy et du ministre de l'Education nationale afin d'obtenir la généralisation de l'éducation antialcoolique à tous les degrés et dans toutes les branches de l'enseignement.

Vers la fin de la réunion, le Dr Cavaillon est venu assurer le G.M.E.A. de l'intérêt que le ministre de la Santé porte au problème de l'alcoolisme. Des réalisations importantes ne vont pas tarder à voir le jour, réalisations auxquelles le groupement serait appelé à collaborer.

Légion d'honneur. GUERRE

OFFICIER. — Méd. col. Dutrey, méd. comm. Tripeau, méd. comm. Deschamps, méd. lieut.-col. Grimaud, méd. col. Krick (armée métropol.).

Méd. comm. Chambon, méd. col. Urvois, (S.S. colonial).

CHEVALIER. — Méd. cap. Vigroux, méd. comm. Apperge, méd. comm. Rouyer, méd. comm. Theurkauff, méd. comm. Munaret, méd. comm. Ferry, méd. comm. Pierre, méd. comm. Bernier, méd. comm. Rouzaud, méd. comm. Monfort, méd. comm. Marty, méd. comm. Lesbats, méd. cap. Simond, méd. cap. Audibert, méd. comm. Isbecque (armée métrop.).

Méd. comm. Bascou et Soumaire, méd. lieut.-col. Bernard-Lapommeray et Andrieu, méd. comm. Mary, méd. cap. Kerguelen, méd. lieut.-col. Bonnaud, méd. comm. Morin (S. S. colonial).

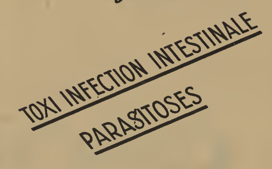
Officiers de l'Instruction publique

M. Alibert, secrétaire de la Faculté de médecine de Toulouse ; M. le prof. Arnoux, à Marseille ; M. Bansillon, agrégé à Lyon ; M. le prof. Bizard, à Lille ; M. le prof. Bodart, à Nancy ; M. le prof. Bodroux, à Poitiers ; M. le prof. Bugnard, à Toulouse ; M. le doyen Calvet, à Toulouse ; M. Carcassonne, agrégé à Marseille ; le méd. lieut.-col. Carillon, au Val-de-Grâce ; M. le prof. Cartan, à Paris ; M. le prof. Castel, à Montpellier ; M. le prof. Pierre Cerné, à Rouen ; Mme Chalnct, à Nancy ; M. Chavialle, professeur à l'Ecole du S. S. M., à Lyon ; M. Clavel, agrégé, à Lyon ; M. le prof. Cordier, à Strasbourg ; M. Emile Couture, à Lyon ; M. Creyssel, agrégé, à Lyon ; M. le prof. Cristol, à Montpellier ; M. le prof. Croizat, à Lyon ; M. le prof. David, à Angers ; M. le prof. Dessaint, à Rouen ; M. le prof. Dodel, à Clermont-Ferrand ; M. Domange, à Paris ; M. le prof. Dolique, à Montpellier ; M. Dubarbier, à Lyon ; M. le prof. Enselme, à Lyon ; le Dr Feret, inspecteur général de l'hygiène scolaire et universitaire ; M. le prof. Filachet, à Amiens ; M. le prof. Fischer, au Muséum ; M. le prof. Florentin, à Nancy ; M. le prof. René Fontaine, à Strasbourg ; M. le prof. François, à Nancy ; M. Fresnais, secrétaire de l'Ecole d'Angers ; M. Garnier, bibliothécaire en chef à la Faculté de pharmacie de Paris ; M. Geslin, au Collège de France ; M. le prof. Gilberton, à Alger ; M. le prof. de Girardier, à Dijon ; M. P.-M. Giraud, à Marseille ; M. le prof. Giroire, à Nantes ; Mlle Goichon, bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris ; M. le prof. Grandmaison, à Grenoble ; M. Gaston Gros, à Alger ; M. Guibert, à Montpellier ; M. Alfred-André Hahn, bibliothécaire en chef à la Faculté de médecine de Paris.

(A suivre.)


MÉDICATION SULFUREUSE
par l'Hydrogène Sulfureux naissant, principe actif des eaux minérales sulfureuses.
SULFURYL MONAL
8 Formes
SULFURYL MONAL
1 Pastilles
2 Granulé
Pharyngites - Angines - Affections des voies respiratoires - Grippe - Rhumatisme chronique.
3 Comprimés inhalants
Coryza - Rhinites - Sinusites - Laryngites - Otites - Bronchites chroniques
4 Bain
Dermatoses - Troubles de la Croissance - Rhumatisme - Lymphatisme - Traitement de la Gale.
5 Savon
Toilette des peaux délicates - Affections cutanées.
RHINO - SULFURYL 6 Gouttes
Coryza - Rhinites - Sinusites - Rhino-pharyngites - Otites.
DERMO-SULFURYL 7 Pommade
Affections de la peau et du cuir chevelu - Eczéma - Acné - Psoriasis - Pityriasis - Gale.
LAXO - SULFURYL 8 Dragées
Constipation habituelle - Insuffisance biliaire - Colites - Hémorroïdes - Colibocillose.
Laboratoires MONAL, 13, Avenue de Ségur, PARIS-7e


INTESTAROL


TOXI INFECTION INTESTINALE
PARASITOSES

Le Cinquantenaire de la mort de Pasteur

Le Congrès

Les Cérémonies de la Sorbonne et de Chaillot

Le Cinquantenaire a été commémoré de la façon la plus solennelle, du 19 au 25 novembre, grâce à un Congrès scientifique organisé sous les auspices de l'U. N. E. S. C. O. (1) et en présence de très nombreux savants venus de toute l'Europe et de nombreux pays d'outre-mer.

Le *Congrès des Sciences Pastoriennes* a compris des séances de travail au Collège de France où une élite de savants étrangers sont venus apporter l'hommage de brèves mais substantielles communications d'ordre biologique ou proprement médical, épanouissement des doctrines pastoriennes.

Le mercredi 20 a eu lieu, au *grand amphithéâtre de la Sorbonne*, le lieu même, demeuré inchangé, de l'apothéose jubilaire de Pasteur, une séance solennelle où le recteur Roussy et le professeur Pasteur Vallery-Radot, devant un parterre de princes de la science prirent la parole.

Et sans doute, quelques auditeurs, parmi les aînés, se reportaient-ils en esprit cinquante ans en arrière, le jour même du jubilé. Dans le même amphithéâtre ils revoyaient Pasteur s'avançant au bras du Président Sadi-Carnot, un recteur les accueillait, c'était Gréard, un des grands prédécesseurs de Roussy. La science pastorienne des pays amis, ce n'était pas encore M. Jules Bordet, c'était lord Lister qui s'avançait les bras tendus vers Pasteur.

Peut-être de tels souvenirs passaient-ils dans la mémoire de M. Pasteur Vallery-Radot, présent lui aussi à l'apothéose de son illustre aïeul. Les uniformes d'aujourd'hui rappelaient peut-être les épaulettes des grands-ducs qui assistaient à l'inoubliable jubilé.

Au programme figurait aussi une *séance publique au Palais de Chaillot*, présidée par M. Frédéric Joliot où prirent la parole le professeur Tréfouël et le professeur Teissier et où fut projeté un film inédit sur la vie de Pasteur, réalisé par les soins de M. Jean Painlevé.

La séance solennelle de l'Académie de Médecine

Bien que la séance solennelle par laquelle l'Académie s'associant à la pensée de l'U. N. E. S. C. O. a célébré le cinquantenaire n'ait pu, s'adressant à un milieu plus restreint, réunir une aussi énorme affluence que les cérémonies de la Sorbonne et de Chaillot, celle-ci ne s'est pas moins tenue au milieu d'une assistance qui dépassait de beaucoup celle des séances solennelles de tradition. Plusieurs membres de la Compagnie que l'âge ou la santé avaient pu rendre moins assidus ont tenu à être présents. On a même vu, non sans quelque satisfaction, reparaître au bureau et près du bureau, l'habit brodé que la tristesse des temps avait fait disparaître. Une très nombreuse élite de savants de tous pays, parmi lesquels on reconnaissait sir Alexander Fleming et le professeur Long (de Baltimore), se pressait dans l'amphithâtre et dans l'hémicycle. Le Corps de Santé militaire autour du médecin général Debenedetti témoignait de l'écho que le souvenir de Pasteur continue d'éveiller dans l'armée.

Après avoir souhaité la bienvenue aux délégués étrangers, le médecin général inspecteur Rouvillois, Président de l'Académie, a rappelé en quelques mots très sobres comment, dès 1885, Pasteur, non-médecin, avait pu rendre à la médecine de tels services que, de son fauteuil présidentiel, Bergeron avait pu en prédire la pérennité. Peu après la mort du maître, la même voix ne parlait-elle pas « des bienfaits qui se continuent même après la mort ». M. Rouvillois évoquait aussi les étapes glorieuses qui marquèrent les dernières années et termina en remerciant les hôtes de l'Académie d'être si nombreux à offrir, par leur présence, leur hommage à la France, à travers la mémoire de Pasteur.

Dans une remarquable étude, le recteur Roussy s'attacha à faire revivre Pasteur à l'Académie de Médecine. En 1860, il était choisi comme titulaire du prix de physiologie expérimentale ; en mars 1873, il venait y siéger comme Associé libre. Entre temps, à l'Institut, il avait pu se lier avec Claude Bernard, puis avec Littré et Renan.

En quelques fortes pages, d'une forme très pure, le Recteur retraça les épisodes, les polémiques parfois retentissantes qui marquèrent la participation de Pasteur à la vie de la Compagnie. La conviction et l'ardeur de l'homme leur donnèrent un retentissement qui n'est pas encore oublié ; les discussions avec Collin, Alphonse Guérin sont demeurées fameuses.

Un caractère d'une telle frappe ne pouvait être, pour le philosophe que sait être à ses heures le recteur Roussy, qu'une tentation d'adjoindre à son historique de Pasteur rue des Saints-Pères, une étude psychologique du Maître et un parallèle avec Claude Bernard, Littré, Renan, ses pairs à l'Institut, étude riche de sens critique et d'aperçus nouveaux.

On retrouve dans l'homme privé le même besoin d'indépendance et de sincérité que dans le savant ; la même tolérance qui lui rend aisé de reconnaître à chacun toute liberté dans les conclusions à tirer si elles sont logiques et sincères, le même désir de maintenir la recherche scientifique affranchie de toute influence intérieure et de toute considération extra-scientifique. « Il n'y a ici, écrivait-il, ni religion, ni philosophie, ni athéisme, ni matérialisme qui tiennent. Je pourrais même ajouter : comme savant peu m'importe. »

Le professeur Pasteur Vallery-Radot évoque enfin, dans une allocution où la pureté de la forme et l'élévation de la pensée sont à l'égal de celles qu'on avait pu goûter chez le recteur Roussy, la suite et les corollaires des découvertes pasteuriennes. D'un autre point de vue mais en pleine consonance avec lui, il développe ainsi l'exorde du professeur Roussy : de sommets en sommets successivement atteints, le regard de Pasteur découvrait les horizons nouveaux et toujours plus nombreuses des conséquences nouvelles aux nouveautés qu'il apportait. Et c'est, pour ainsi dire, le catalogue des prophéties, extraites des livres pastoriens. On y trouve prévues, ou même décrites déjà dans leurs traits généraux, bien des découvertes dont nous voyons l'épanouissement magnifique après en avoir souvent oublié la première racine. Germes filtrables, porteurs de germes, microbes de sortie, principes lytiques, notions crues parfois antipastoriennes sur la spécificité et le terrain avec leurs conséquences, tout cela trouve dans les écrits du maître sa première expression précise. Il n'est pas jusqu'aux antibiotiques, dernier astre paru sur l'horizon, qui n'y soient mentionnés.

Mieux que quiconque, le professeur Vallery-Radot pouvait, en commençant un tel éloge, rappeler que « certains hommes ont le don de voir ce qui est invisible pour tous, de saisir une parcelle du mystère du monde, de pressentir ce qui sera la vérité de demain ».

Réconfort, aux heures troubles que vit la France et que vit le monde, qu'un tel accord de savants, venus de tous les cieux, dire leur reconnaissance au Précurseur et porter au pays qui l'a vu naître, l'hommage de l'univers scientifique.

***

Une pieuse pensée a fait enfin organiser un pèlerinage vers les hauts lieux pastoriens : Arbois, le berceau ; Normale, l'éveil du génie ; Garches, les derniers jours ; l'Institut Pasteur, apothéose et repos du maître dans la gloire, près de ses fils en l'esprit.

R. L.

(1) United Nations Educational Scientifical and Cultural Organisation. Organe des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture.

REVUE GÉNÉRALE

La sacralisation douloureuse

par Marcel Lance
Membre de l'Académie de Chirurgie

Une récente discussion à l'Académie de Chirurgie et des publications à l'étranger ont à nouveau attiré l'attention sur cette cause de lombalgies, lombo-sciatalgies et sciatiques rebelles, et montré que la question était plus complexe qu'on ne le pensait. D'autre part, l'importance des lésions discales dans la genèse des sciatiques a modifié l'importance du rôle de la sacralisation dans le chapitre des sciatiques.

Nous allons ici nous efforcer de préciser comment en face d'un malade souffrant de lombalgie ou sciatique et chez lequel la radiographie révèle la présence d'une sacralisation de la 5e V. L., on peut établir avec certitude une relation entre les deux et en déduire le traitement.

Une première question se pose : *y a-t-il sacralisation?* C'est un diagnostic purement radiographique. L'assimilation de la 5e V. L. au sacrum présente six degrés décrits par Le Double, allant de la simple hypertrophie de l'apophyse transverse jusqu'à la fusion de celle-ci avec l'aileron sacré. Mais beaucoup d'auteurs ne considèrent pas la simple hypertrophie de l'apophyse transverse comme susceptible d'amener des troubles par compression de la 5e paire lombaire ou de son anastomose avec la 4e. Ils exigent la présence d'une costiforme importante sous-jacente à l'apophyse transverse et donnant à l'ensemble l'aspect bilobé d'une queue de poisson. Un degré de plus est constitué par le développement de cette costiforme jusqu'au sacrum en arche de pont. Le contact se fait alors par une articulation se traduisant à la radio par un trait blanc, transversal, plus ou moins régulier. Cette disposition est fréquente dans la forme douteuse de la sacralisation.

On a signalé le contact de l'apophyse hypertrophiée avec la partie postérieure de l'aile iliaque, sur laquelle il pourrait exister une facette articulaire. Cette éventualité est exceptionnelle. L'aspect de contact que montre le cliché de face, résulte le plus souvent d'une simple superposition d'ombres. Un cliché stéréoscopique ou une épreuve de 3/4 montre que l'apophyse transverse est située sur un plan très antérieur à l'aile iliaque. On le constate à l'opération.

On est trop porté à ne considérer la sacralisation que comme une hypertrophie des apophyses transverses. C'est une assimilation de la 5e V. L. au sacrum et la 5e V. L. a tendance à se comporter comme une vertèbre sacrée. Or celles-ci, isolées l'une de l'autre jusqu'à 8 ans, se fusionnent entre elles à partir de cet âge. La fusion a lieu de dehors en dedans, d'abord les apophyses transverses et costiformes, mais ensuite les lames et les corps vertébraux. Il faut vérifier sur un profil et au besoin sur trois quarts le degré d'assimilation de toute la vertèbre. C'est ainsi que le disque est toujours modifié : diminué de hauteur, à bords irréguliers, dentelés, au lieu d'être cunéiforme à base antérieure, il est à bords parallèles comme l'intervalle des vertèbres sacrées. Dans certains cas de sacralisation bilatérale complète de l'adulte, il peut avoir complètement disparu.

Les mêmes modifications peuvent être révélées par des clichés de trois quarts au niveau des articulations lombo-sacrées.

Ces constatations ont une grande importance pour diriger le traitement.

La radiographie doit élucider un autre point : S'agit-il d'une sacralisation de la 5e V. L. ou d'une lombalisation de la 1re V. sacrée? Parfois la question est insoluble sur le cliché de face : la vertèbre occupe une position intermédiaire entre une 5e V. L. et une 1re sacrée ; il s'agit de savoir si le sacrum a une pièce de moins et si la région lombaire a une pièce de plus. Mais le trouble de différenciation régionale peut être multiple et se répercuter sur tout le rachis. Par exemple, dans un cas de sacralisation double, nous trouvons encore cinq lombaires : il n'y avait que 11 côtes, c'est la 12e dorsale qui est lombarisée.

Le cliché de profil peut aider à la différenciation ; dans la lombarisation, le corps est souvent atrophique et tend à devenir cunéiforme. La clinique vient aussi à l'aide : dans la sacralisation, la taille est courte, le dos carré, tassé, le sacrum en général plat, alors que dans la lombarisation, la taille est longue, élancée, le dos cambré faisant ressortir la saillie des fesses.

D'ailleurs le diagnostic a moins d'importance qu'on peut le supposer, le mode de traitement se confondant assez souvent.

On doit enfin, dans l'examen des radios, noter avec soin les anomalies coexistantes : *spina-bifida occulta* portant sur la 5e V. L. et 1re V. S., et surtout la présence de dépôts crétacés ou de spicules osseuses obturant partiellement l'hiatus des lames. Il est indispensable de vérifier l'état des sacro-iliaques (arthrite sèche) et des hanches (subluxation, arthrite déformante). Enfin, chez les sujets ayant dépassé la cinquantaine ou rhumatisants, la radiographie peut montrer des nodules ou traînées opaques, correspondant à la calcification plus ou moins étendue des ligaments ilio-transverso-lombaires pouvant être l'origine des douleurs par compression ou irritation des racines ou des nerfs.

***

Quelle est la fréquence de la sacralisation et dans quelle proportion devient-elle douloureuse? Sur le premier point, les statistiques diffèrent beaucoup.

Si, selon la classification de Le Double, on fait entrer la simple hypertrophie de l'apophyse transverse de la 5e V. L. dans la sacralisation, on arrive à un chiffre de 20 à 25 % des individus normaux. Si l'on exige, pour admettre la sacralisation, le contact de l'apophyse avec le sacrum, les chiffres n'atteignent plus que 1 % (Alb. Köhler), 1,75 % (Rossi), 3,5 % (Moore). Ce qui constitue déjà une fréquence considérable. Une discordance encore plus grande se trouve dans l'appréciation du nombre de sacralisations révélées à la radio chez les porteurs de lombalgies : alors que Richards l'évalue à 90 %, chiffre manifestement exagéré, les autres auteurs ne la trouvent que dans 14 % (O'Reilly). Mais les chiffres sont bien plus faibles chez les auteurs qui incriminent la sacralisation comme cause des douleurs : sur 77 sacralisations, Léri en trouve 7 douloureuses (9,9 %) et Rossi, sur 800 lombalgies, 22 sacralisations (2,75 %).

Il n'y a donc qu'une très faible part des sacralisations, même étendues, qui soient douloureuses.

De 1941 à 1946, il nous a été adressé 19 malades pour sacralisation douloureuse. Ces malades avaient déjà été passés au crible de médecins ou spécialistes ayant éliminé les affections diverses (voies urinaires, de l'intestin, des ovaires et utérus, ptose, etc.), pouvant causer une lombalgie.

Voici ce que nous avons trouvé : deux arthrites sacro-iliaques, une des arthrites des articulations des 4e et 5e V. L., une scoliose statique avec membre gauche plus court, deux *spina-bifida occulta* (l'une a été guérie par l'ablation d'un nodule crétacé, l'autre par infiltrations épidurales), une subluxation de la hanche (disparition de la sciatique après butée); deux de pures psychasthéniques, très aggravées depuis qu'elles se savaient porteuses d'une anomalie osseuse.

Donc au total dix seulement des lombalgies ou sciatiques nous ont paru attribuables à la sacralisation. Pendant le même temps, nous avons observé huit lombalisations : chez une seule malade (scoliose ancienne et *spina-bifida occulta* sensible, disparition des douleurs après injections épidurales et le port d'un corset), la douleur ne semblait pas en rapport avec le défaut d'assimilation. La lombalisation, anomalie plus rare, semble plus constamment douloureuse que la sacralisation.

Un premier point est donc acquis : le fait de constater à la radio une sacralisation chez un malade atteint de lombalgie ou de sciatique n'implique pas que la sacralisation en soit la cause. Il faut établir le rapport entre la douleur et l'anomalie.

***

Comment se présente la douleur dans la sacralisation? De manière très variable.

Souvent le malade accuse une douleur locale sans irradiations profondes ou à distance, douleur ne se produisant qu'à l'occasion de certains mouvements : se baisser, se lever après avoir été longtemps assis, descendre un trottoir, la flexion forcée des jambes peut la réveiller.

Quelquefois ils accusent une sensation de brusque dérobement des jambes, accident passager.

A la longue, chez beaucoup, s'établit un fond de douleurs sourdes, permanentes avec l'exacerbation passagère des causes ci-dessus.

Dans un autre groupe la douleur affecte les caractères nets d'une lombalgie avec contracture des masses sacro-lombaires, d'un seul côté ou des deux côtés.

Chez d'autres à cette lombalgie s'associe secondairement et parfois de manière passagère, une névralgie sciatique unilatérale, du côté sacralisé habituellement, mais dans un cas, nous l'avons notée, du côté opposé en rapport avec une arthrite sèche sacro-iliaque.

Enfin, dans quelques cas, on trouve tous les caractères d'une sciatique franche avec troubles sensitifs dans le territoire de la 5e paire, et une fois dérivation antalgique du rachis.

Nous avons trouvé ce même polymorphisme de la douleur dans la lombalisation avec prédominance de lombalgie et sacralgie localisée. Sur 8 malades un seul présentait de la sciatique

alternante, tantôt à droite, tantôt à gauche avec amyotrophie et abolition du réflexe achilléen d'un côté.

Enfin, caractère important, la plupart des malades font remonter le début de leurs douleurs à un traumatisme plus ou moins sérieux (glissade, chute, accident d'auto, etc.). Ceci a son intérêt en médecine légale et pour les accidents du travail : la radio faite à l'occasion de la lombalgie qui suit le traumatisme révèle l'anomalie ; on peut avoir à établir la part qui revient à l'accident et à la malformation.

⁂

On a dit que la sacralisation était rare chez l'enfant et n'y était jamais douloureuse. C'est une double erreur. Nous y avons insisté (*Soc. de Pédiatrie*, 20 février 1943). La sacralisation, trouble de différenciation régionale, est congénitale. Elle est donc aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Le sacrum est formé de cinq vertèbres d'abord isolées et ne commençant à se souder entre elles que vers 8 ans. La fusion se fait de dehors en dedans, des bords du sacrum jusque vers le corps vertébral. Vers 16 ans la costiforme se soude à l'apophyse transverse. (Ledoux et Caillods.) La fusion n'est complète qu'à 21 ou 25 ans. L'assimilation de la 5 V. L. se fait dans les mêmes conditions.

J'ai observé des sacralisations douloureuses chez des enfants de 11 à 14 ans (cf. *Soc. de Pédiatrie*) et deux adolescentes de 16 ans 1/2, toutes les quatre des filles. Dans un cas la douleur a cédé à l'alcoolisation de la 5e paire, dans un autre, en rapport peut-être avec un *spina-bifida* à un lipiodol épidural. Chez les deux autres les douleurs coïncident avec une grande poussée de croissance. Elles ont cédé au repos et au port d'un corset. Probablement douleurs dues à un stade d'ossification.

⁂

Chez l'adulte les causes de douleurs dans la sacralisation semblent multiples.

En France et en Italie on a longtemps invoqué la compression de la 5e paire lombaire ou de son anastomose avec la 4e par l'apophyse transverse hypertrophiée. Cette conception s'appuyait sur les guérisons consécutives à la résection de l'apophyse transverse, pratiquée pour la première fois par Adams en 1910 et dont un peu plus d'une centaine d'observations avaient été publiées en 1939. Cette compression n'est pas une compression osseuse directe, exceptionnellement constatée à l'intervention, mais se produit à la longue par l'irritation et l'épaississement du tissu cellulaire qui entoure le nerf. Aussi, comme l'avait déjà remarqué M. Basset, elle est presque toujours influencée par le traitement médical (Rx, diathermie, ondes courtes).

Lorsqu'il s'agit d'une compression ou irritation de la 5e paire ou de son anastomose avec la 4e, la douleur spontanée est une lombalgie ou une névralgie sciatique avec tous les caractères de l'atteinte de la 5e paire.

Si on localise avec grand soin la douleur provoquée par la pression du bout du doigt ou mieux du stylet mousse, on voit que le maximum de la douleur correspond très exactement à la dépression située en arrière du bord postérieur de l'aile iliaque, à deux travers de doigt en dehors du sommet de l'apophyse épineuse de la 5e V. L., au niveau de l'orifice lombo-sacré.

Comme je l'ai montré (voir 29e Congrès de chirurgie. Paris 1920. *Bull.*, p. 506), si l'on enfonce verticalement en ce point une fine aiguille, à 6, 7 ou 8 centimètres de profondeur, on détermine une douleur vive due au contact du nerf. Si on injecte 10 cc. de solution de novocaïne à 1 %, la douleur disparaît en quelques minutes et la douleur spontanée du malade disparaît pendant le temps de l'anesthésie. On a ainsi la preuve d'une compression ou irritation en cet endroit et on élimine ainsi les autres causes. Ce moyen de diagnostic différentiel a été rappelé dans le traité d'orthopédie d'Ombrédanne et Mathieu, par Huc et Oberthur, dans son traité d'orthopédie par Radulescu et récemment à l'Académie de chirurgie par Padovani.

On peut ainsi éliminer chez le porteur d'une sacralisation la compression par hernie discale. Dans les deux syndromes le début des douleurs remonte à un traumatisme et, dans la sacralisation, le disque entre 5e et sacrum est souvent rétréci, irrégulier. Petit-Dutaillis et de Sèze insistent sur la fréquence de la hernie discale dans la sacralisation et la lombalisation (8 cas sur 53, soit 15 %). En présence d'une sciatique rebelle avec sacralisation on ne doit pas l'attribuer à cette anomalie sans avoir recherché la hernie discale. Dans la sacralisation c'est L^5 qui est intéressé : la douleur irradie à la face postérieure de la jambe et jusqu'au gros orteil ; la zone d'hypoesthésie occupe la partie externe de la jambe, de la cheville, du dos du pied ; il y a de la parésie des extenseurs du pied et du gros orteil, le réflexe achilléen est normal. Dans la hernie discale c'est S^1 qui est le plus souvent intéressé : le réflexe achilléen est aboli ou diminué, il n'y a pas de parésie musculaire et les troubles sensitifs intéressant la zone postérieure de la jambe, de la plante du pied et des deux derniers orteils. L'infiltration à la novocaïne de L^5, telle que nous l'avons vu plus haut, permet de compléter le diagnostic. Elle se transforme en méthode de traitement si au lieu de novocaïne on injecte au contact du nerf de l'alcool à 60° ou mieux du lipiodol. Si, par suite de l'étroitesse ou de l'irrégularité du trajet osseux, on n'arrive pas à atteindre le nerf, l'injection de lipiodol sera pratiquée par voie épidurale basse que recommande Radulescu. Ces techniques permettent de traiter les femmes jeunes, cas fréquent, chez lesquelles la radiothérapie est à éviter à cause de l'action possible sur les ovaires. Nous leur devons un nombre important de guérisons.

L'origine mécanique, articulaire des douleurs a été invoquée surtout par les auteurs américains et scandinaves.

Elle aurait pour siège les néo-articulations qui peuvent se constituer entre l'apophyse transverse plus sa costiforme et l'aileron sacré, ou, très exceptionnellement, la partie postérieure de l'aile iliaque. L'existence de ces arthrites sèches statiques est incontestable. La radiographie révèle les irrégularités de l'interligne et la pression éveille la douleur en un point très exactement limité à cette néo-articulation. Nous l'avons constaté chez trois de nos malades. On ne souligne pas assez l'état du disque intervertébral le plus souvent réduit à une ligne horizontale irrégulière ; cette soudure incomplète ne peut-elle être le siège de mouvements douloureux. Au contraire la fusion complète du corps vertébral au sacrum, qu'on ne voit guère que dans les sacralisations bilatérales totales, rend peu vraisemblable une origine statique des douleurs.

La vertèbre sacralisée est presque toujours asymétrique : sacralisation unilatéral ou bilatérale plus marquée d'un côté. Cette asymétrie porte non seulement sur l'apophyse transverse, mais aussi sur l'apophyse articulaire irrégulière, plus volumineuse que celle du côté opposé. Plus rarement le corps vertébral est plus haut du côté sacralisé, ce qui occasionne une inclinaison du rachis. Mais dans un seul cas il existait une scoliose véritable. Les deux autres cas de déviation du rachis que nous avons observées dans les sacralisations douloureuses se sont comportées comme des déviations antalgiques. Cette asymétrie peut entraîner des tiraillements ligamentaires douloureux localement et aussi à distance. C'est ainsi que nous avons vu, dans une sacralisation unilatérale, la douleur causée par une arthrite sèche de la sacro-iliaque du côté opposé. Il y a déjà longtemps, Léri a décrit une sacralisation acquise par calcification ligamentaire chez les gens âgés et rhumatisants. Le Pr Bertolotti (Turin) s'est élevé contre cette conception et a bien montré (*Revue de Neurologie*, 1922, août, p. 1112) qu'il s'agit de fausses sacralisations. Mais il est exact que la sacralisation congénitale acquise peut, par les tiraillements à distance (tout ligament tiraillé a tendance à s'ossifier à ses insertions), être la cause de ces calcifications, origine de compressions nerveuses. Le Pr Clovis Vincent a montré que la section du ligament ilio-transverso-lombaire suffit à faire disparaître la douleur. M. Radulescu cite un de ces cas , Chavanny et Trotot en ont récemment rapporté une observation.

Cette conception de l'origine mécanique des douleurs s'appuie sur plusieurs constatations :

1° Les sacralisations symétriques totales ou non ne sont presque jamais douloureuses. Ce sont presque toujours les sacralisations unilatérales ou bilatérales asymétriques que l'on trouve à l'origine des douleurs. Sur les 19 sacralisations de l'adulte citées plus haut, 13 étaient unilatérales et 2 doubles asymétriques. Mais chez 10 seulement la douleur paraissait en rapport avec la sacralisation : 8 unilatérales (4 à droite, 4 à gauche) et 2 bilatérales asymétriques.

On ne trouve pas cette différence dans les lombalisations douloureuses : sur 10 cas, 4 étaient bilatéraux.

2° Les constatations cliniques : siège limité de la douleur sans irradiation, sa localisation exacte par la pression au niveau d'une articulation ou néo-articulation, la nature des mouvements qui la provoquent (mouvements provoquant la nutation du sacrum, la torsion du tronc, etc.).

3° Enfin et surtout l'action thérapeutique des fusions osseuses. C'est Hibbs (J. A. M. A., 1918-71-1372) par sa méthode bien connue de fusion vertébrale, puis Albee, par greffe tibiale, qui ont pratiqué les premiers l'ostéosynthèse dans la sacralisation et obtenu ainsi la cessation des douleurs. En France Dehelly, puis R. Massart, s'en sont faits les protagonistes. Récemment Kn. El. Petersen a apporté 5 observations de sacralisations douloureuses (4 unilatérales, 1 bilatérale asymétrique) chez lesquelles il a pratiqué la stabilisation du sacrum selon la technique préconisée par Bentzon pour le spondylolisthésis : passage à frottement d'un long greffon tibial transversal dans un tunnel creusé à travers les épines iliaques postéro-supérieures, les muscles spinaux, et entre les apophyses épineuses avivées des 4e et 5e V. L. Un de ces malades avait subi une greffe d'Albee sans succès et une intervention de résection de l'apophyse transverse abandonnée en cours

d'exécution. Le résultat a été : 3 guérisons, 1 amélioration et un échec dû à la rupture du greffon trop mince.

La question est de savoir si tous les cas de sacralisation douloureuse sont justifiables d'une opération de stabilisation du sacrum. Si en dehors des doulcurs d'origine articulaire, ligamentaire, les cas d'irritation ou compression des troncs nerveux doivent être ainsi traités. C'est l'opinion soutenue par les Scandinaves. En 1937, au 21° Congrès de chirurgie de Gothenburg, la question a été discutée. Guildhal, Ingebrigtsen, Samb ont fait le procès de la résection de l'apophyse transverse. L'opération est difficile et dangereuse. Même dans la voie d'accès de Bonniot, on opère à une grande profondeur. Le plus souvent on ne peut réséquer qu'une partie de l'apophyse. L'hémorragie peut être importante, difficile à arrêter, obligeant parfois d'abandonner la résection (Ingebrigtsen, Silfverskiold, Petersen). La branche antérieure du 5e nerf lombaire passe au contact de l'apophyse transverse et risque d'être blessée (Ingebrigtsen, Bartels, Passett). De plus, lorsque la résection a été incomplète, on peut voir le bloc osseux et les phénomènes douloureux se reproduire (Lupo, Brofeldt, Graf, Ingebrigtsen). Les opérations de stabilisation, plus faciles, sont applicables même aux sujets âgés. En 1929, Hibbs et Swift, sur 32 cas, avaient obtenu 24 guérisons complètes et 6 améliorations.

***

Quels enseignements tirer des considérations précédentes. Tout d'abord la rareté des sacralisations réellement douloureuses. Chez un porteur d'une lombalgie, sciatique ou sacralgie, si la radio montre une sacralisation, il faut d'abord s'assurer qu'il s'agit bien d'une sacralisation. Ensuite, avant de lui attribuer l'origine des douleurs, éliminer toutes les causes de douleurs extra-rachidiennes (lésions des voies urinaires, de l'utérus et des annexes, psychasthénie, arthrites sacro-iliaques, coccydynie, subluxations et arthrites de la hanche) ou rachidiennes (mal de Pott, arthrites vertébrales, polyarthrite ankylosante, spondylolyse, hernies discales, algies statiques : lordose douloureuse, sacrum basculé, etc.). C'est tout le diagnostic complexe des lombalgies, sacralgies, lombo-sciatiques qui se pose. Une fois admis que la douleur est bien en rapport avec la sacralisation, il reste à établir quel est le processus par lequel la malformation occasionne des douleurs : compression nerveuse, douleur articulaire ou ligamentaire. L'étude des radiographies, du siège de la douleur, des mouvements la provoquant, des troubles sensitifs, réflexes, enfin surtout la recherche du siège limité, précis de la douleur à la pression et de sa disparition par les infiltrations de novocaïne permettent presque toujours une précision suffisante pour fixer la thérapeutique.

Celle-ci doit être avant tout médicale. Dans le cas de compression ou irritation nerveuse la radiothérapie donne le plus souvent des guérisons ou tout au moins des améliorations notables et de longue durée. Mais on ne peut l'employer que chez l'homme ou la femme âgée ou proche de la ménopause. Chez la jeune fille, la femme jeune, on a le choix entre l'ionisation dont l'action est lente, ou les infiltrations à la novocaïne puis au lipiodol qui nous ont donné des succès rapides (parfois une seule infiltration) et durables. En cas d'impossibilité d'accès, c'est à l'injection épidurale basse de lipiodol que l'on demandera l'amélioration, voire la disparition des douleurs. En pratique, nous n'avons jamais eu à envisager la résection de l'apophyse transverse qui reste une opération d'exception.

Dans la grande majorité des cas, c'est le facteur mécanique qui est en cause. Aux traitements physiothérapiques, il convient d'ajouter le repos, parfois un lit plâtré pendant la période aiguë, puis le port d'un corset type lombo-fixe. En cas d'insuffisance du résultat, on en viendra à une opération de fixation. Nous y avons été amené chez deux malades dont les douleurs ont disparu.

Tel nous paraît actuellement l'état de la question de la sacralisation douloureuse.

A consulter :

G. Huc et P. Bufnoir. — *Traité de chirurgie orthopédique.* Ombrédanne et P. Mathieu, 1937, tome II, pp. 1499-1512, indique la bibliographie antérieure.

Radulescu. — *Tratat de ortopedie chirurgicala.* Cluj, 1939, pp. 370-380.

Petit-Dutaillis et de Sèze. — *Sciatiques et lombalgies par hernie postérieure des disques intervertébraux*, Paris 1945.

Kn-El-Petersen. — *Acta-chir-scandinavica*, vol. 92, fol. 1, mars 1945, pp. 86-98.

Chavanny et Trotot. — *Revue du Rhumatisme*, 13e année, n° 2, février 1946.

Vernes. — *Sciatique rebelle par sacralisation de la 5e V. L.* Rapport : P. Moulonguet. — Acad. de Chir., séance du 13 mars 1946. Discussion : P. Mathieu, Cordier, Padovani, G. Huc.

Vernes. — M. Lance. Séance du 20 mars 1946.

Le XXVIe Congrès d'hygiène

21, 22 et 23 octobre 1946

La Société de médecine publique et de génie sanitaire vient de reprendre son congrès annuel dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur. Il a remporté un très légitime succès, tant par la valeur des communications que par la haute tenue et l'intérêt des discussions.

Dans son discours d'ouverture, le président du congrès, M. Dujarric de la Rivière, fit l'historique de la Société. Il rappela tout ce que l'hygiène doit à Pasteur, et il insista sur le rôle important que les hygiénistes doivent jouer dans la reconstruction du pays.

M. Cavaillon, qui présidait la séance d'ouverture en remplacement de M. le Ministre de la Santé publique retenu en province, exprima sa joie de voir la reprise des congrès de la Société.

Puis il évoqua, en termes particulièrement heureux, les figures de Roux, dont il exalta la modestie légendaire, de Calmette qui fit tant pour la lutte contre la tuberculose, de Léon Bernard, de Louis Martin, de Risler, et il s'adressa aux jeunes hygiénistes, qui auront à travailler en rapports constants avec les conseillers généraux. Il rappela à ce sujet les sages conseils d'un pionnier de l'hygiène, le regretté Dr Ott.

« L'hygiéniste doit être avant tout un diplomate », disait Roux. En effet, il doit être persuasif, tenace et persévérant.

Puis ce fut la présentation des rapports, tous consacrés au problème de l'habitation.

***

Habitation

M. Urbain Cassan, architecte du gouvernement, étudia les solutions architecturales aux problèmes posés par les hygiénistes. Il montra qu'en France le patrimoine bâti s'est « ankylosé ». Beaucoup de maisons sont vétustes et ne correspondent plus aux exigences de l'hygiène. A Paris, depuis cinq ans, la cadence de la reconstruction est à peu près nulle...

Cela tient, en partie, à la cherté de la construction et à la modicité des loyers. Alors qu'aux Etats-Unis on consacre au loyer 22 p. 100 de son salaire, en France, on ne consacre que 5 à 6 p. 100. L'architecte devra tenir compte des facteurs cosmiques, atmosphériques et techniques. L'éclairage et l'aération des pièces doivent être une de ses principales préoccupations.

Le professeur Joannon expose ses vues personnelles, toujours intéressantes, sur les conditions principales d'une saine reconstruction immobilière. Il faut reconstruire, mais, pour cela, il faut que le travailleur accepte un juste prix de loyer. Il faut prévoir des maisons faciles à entretenir, bien choisir l'emplacement. La maison la moins chère n'est pas toujours la meilleur marché. La science du « domisme » doit se servir des facteurs économiques, techniques et psychologiques.

M. Besson, inspecteur général des services d'hygiène de la ville de Paris, jeta un coup d'œil d'ensemble sur la question de l'hygiène de l'habitation. Après avoir souligné l'intérêt actuel, il en délimita le problème tel qu'il se pose, à son avis, devant le congrès. Le plan d'étude comporte six divisions essentielles :

Hygiène et art de construire ; comportement de l'occupant ; relations extérieures et de voisinage ; climat intérieur ; la maison individuelle ou collective ; les prescriptions sanitaires.

Il insista particulièrement sur la notion de climat intérieur, et il termina en soulignant le rôle capital des hygiénistes dans la reconstruction.

Le professeur Joannon, au sujet de l'enseignement ménager pour filles et garçons, évoqua l'œuvre du grand pionnier de l'hygiène, M. Lafosse. Il montra ce que l'on fait à Vanves, et ce que l'on compte faire dès que les événements le permettront.

M. Armand-Delille présenta deux notes, l'une sur l'importance des terrasses pour l'héliothérapie, l'autre sur l'installation indispensable de bains-douches dans chaque logement familial.

Après avoir rappelé l'œuvre de Rollier et d'Hébert, il demanda aux architectes de prévoir dans leurs plans la possibilité de pratiquer la cure de soleil facilement à son domicile. Chaque immeuble doit avoir son solarium. Il faut réserver pour cela, sur l'étage supérieur, une partie de terrasse bien protégée des vents dominants. D'autre part, il insista sur l'utilité d'avoir des appartements ensoleillés.

A propos de l'installation de bains-douches, il donna comme exemple les habitations Michelin à Clermont-Ferrand.

M. Malespine, dans son rapport sur l'utilisation du sol, au point de vue urbanisme et hygiène, montre qu'il n'y a pas d'hygiène et d'urbanisme véritables si on ne résout pas d'abord

le problème de l'utilisation du sol. Le terrain doit être avant tout alimenté en eau potable et muni de moyens d'assainissement et de viabilité. Il faut condamner la rue couloir et édifier les immeubles en jeu de quilles ou en créneaux. Il faut désormais imposer des servitudes d'ensoleillement .

Dans une autre communication, M. Malespine étudia le problème d'alimentation des immeubles en eau potable et, plus particulièrement, des modifications à apporter aux règlements sanitaires. La réglementation indique, par exemple, que l'eau potable doit être distribuée en quantité suffisante : ce mot suffisant est trop vague, il faut qu'on l'exprime en chiffres...

Dans une brillante intervention, le professeur Joannon montra que, si l'on continue à dépouiller le ministre de la Santé publique, il ne sera bientôt plus que le ministère des médecins ; or il est indispensable qu'il reste ce qu'il était, car, s'il est bon de s'occuper du sort des malades, il faut aussi s'occuper du cadre dans lequel ils vivent, de l'hygiène de l'habitation, de l'hygiène des villes. Dans le grave problème de la reconstruction , il doit avoir un rôle prépondérant.

C'est également ce que demanda M. Latil, en attirant l'attention du Congrès sur les effets de l'ordonnance du 27 octobre 1945, relative à la reconstruction, qui enlève aux agents de la Santé tout moyen d'action et il demande qu'une loi vienne au plus tôt mettre un terme à cette situation.

M. Dainville de la Tournelle passa en revue l'étendue du sinistre du Calvados qui, à lui seul, représente le septième du sinistre français. On compte, en effet, 20.000 habitations totalement détruites et 143.000 sinistrés totaux.

Le relogement s'est opéré au prix de mille efforts, mais le surpeuplement et la promiscuité sont encore trop fréquents. L'auteur étudia ensuite les incidences démographiques et sanitaires du département.

Hygiène hospitalière

Les problèmes sanitaires hospitaliers retinrent l'attention des congressistes. Ce fut d'abord la communication si intéressante de M. Gavaillon et de Mlle Sauter sur les hôpitaux en Suède, où l'on éprouve une sensation de calme, de bien-être et d'ambiance familiale. La maternité est une splendeur.

M. Bridgman présenta une étude au nom de M. Thirillier et en son nom sur l'hygiène hospitalière en Grande-Bretagne. La nouvelle loi sur le service national de la Santé prévoit la nationalisation pure et simple de tous les hôpitaux. Les hôpitaux seront groupés sur une base régionale. Une assez large autonomie sera laissée à chaque économat. A signaler, parmi les réalisations intéressantes, le chauffage des hôpitaux par le plafond, réalisant ainsi une économie considérable de charbon.

M. Godeau décrivit sa visite dans les hôpitaux des Etats-Unis, où sont appliqués tous les progrès de l'hygiène et de la technique moderne. Les plafonds sont insonorisés, les revêtements sont en verre plastique, le conditionnement de l'air est installé partout.

Les journées de mardi et de mercredi furent encore consacrées à l'hygiène de l'habitation, à la reconstruction, ainsi qu'à certains hôpitaux étrangers. Les séances furent présidées par M. Vignerot, M. Bourel, M. Hubert, M. Dujarric de la Rivière.

M. Vignerot, avec sa grande compétence des questions rurales, montra ce que doit être une maison rurale. L'hygiène rurale, en effet, s'accorde parfaitement avec la technique et l'économie agricoles.

L'aménagement de l'habitat rural est indispensable pour élever le niveau de la vie à la campagne en la rendant saine, rémunératrice et attrayante. Parmi les nombreux problèmes de l'hygiène rurale, celui de la collecte et du traitement des déjections est un des plus graves et des plus importants.

M. Puget s'éleva contre de regrettables modes de construction et demanda de refuser toute subvention aux auteurs de constructions défectueuses.

M. Leclainche, dans une étude modestement intitulée : « Aperçu sur les hôpitaux de Copenhague », intéressa vivement les membres du congrès. Il insista surtout sur le souci extrême pour le confort, la tranquillité, la quiétude du malade. Partout le silence, partout des fleurs à profusion. Le personnel hospitalier est d'un rang très élevé... Les charges malheureusement sont très lourdes et entraînent un déficit considérable à la charge des communes.

M. Mauny fit un exposé général sur les perspectives nouvelles pour la réorganisation de l'équipement hospitalier. La réalisation du plan prévu demandera de nombreuses années et entraînera de lourdes dépenses, que justifie l'intérêt supérieur du pays.

M. Walter lut un rapport sur l'organisation sanitaire du pays. Des centres de consultation doivent être affectés uniquement aux services de prévention et aux services de soins aux malades bénins, en contrôlant la santé d'une grande partie des habitants et en diffusant les notions élémentaires d'hygiène.

On entendit ensuite une communication de M. Boccino.

Les discussions qui suivirent furent très animées, mais toujours empreintes d'une haute tenue et d'une parfaite courtoisie. Il nous est malheureusement impossible de les résumer dans ce court aperçu.

***

Vœux

Les congressistes se séparèrent après avoir adopté à l'unanimité les vœux suivants :

1° Que, dès que la situation économique le permettra, une proportion notable du salaire quotidien soit affectée au logement, au besoin par l'effet d'une loi ;

2° Que, dans un avenir très prochain, les nouveaux règlements sanitaires imposent aux constructions neuves, surtout dans les communes sinistrées, des rations d'air et de lumière aussi larges que possible ;

3° Que, lors du choix des procédés de construction et d'équipement des nouveaux immeubles destinés à l'habitation, il soit tenu grand compte des facilités futures d'entretien, la préférence devant être donnée aux dispositifs paraissant assurer la surveillance la plus commode et les réparations les moins coûteuses ;

4° Que les recherches soient activement menées en vue de créer ou de mettre au point des procédés durablement efficaces et relativement peu coûteux d'épuration de l'eau et de traitement des matières excrémentaires humaines, procédés qui pourraient être utilisés à la campagne, dans les fermes isolées ou les écarts ;

5° Que le règlement sanitaire prévu par l'article 1er de la loi du 15 février 1902 reste la charte fondamentale à laquelle devront être conformes les nouveaux immeubles d'habitation, spécialement en ce qui concerne les vues directes ;

6° Que les services de la Santé soient obligatoirement consultés par les maires, au cours de la procédure relative au permis de construire ;

7° Qu'une liaison, recommandée ou imposée par les textes précis, puisse exister entre les services de la Santé et les services de l'Urbanisme au sujet de toutes les questions relatives aux habitations ou aux agglomérations ;

8° Qu'une place importante soit réservée à l'enseignement de l'hygiène de l'habitation, non seulement dans les facultés de médecine et les instituts d'hygiène, mais également dans les écoles d'architecture et de travaux publics.

Par ailleurs, le congrès adresse l'expression de sa gratitude à la Suède, et en particulier à l'organisation Reda Barnum, pour la sollicitude qu'elle a témoignée aux enfants de France et pour toute l'aide matérielle qu'elle leur a si généreusement apportée.

Personne enfin n'a oublié l'aide généreuse apportée aux enfants de France par le Danemark, ni l'effort exceptionnel réalisé par les médecins suisses en faveur des enfants de médecins sinistrés.

En résumé, ce fut une très belle manifestation, dont il convient de féliciter les animateurs : MM. Dujarric de la Rivière et Leclainche.

Raymond Neveu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 13 novembre 1946

Luxation récidivante de l'épaule par interposition intergléno-humérale du tendon long biceps. Opération de Nicola. — MM. Masmonteil et Leuret. — Rapport de M. Bergeret sur cette observation intéressante par la cause de cette luxation ; il était logique d'utiliser le long biceps désinséré pour servir de frein à la tête humérale.

M. Sénèque fait remarquer que le tendon du long biceps est parfois grêle et peut être insuffisant pour constituer un bon ligament.

Abcès cervical rétro œsophagien par corps étranger. Pénicilline cervicotomie et aspiration continue. — M. Ballivet. — M. Truffert insiste sur l'intérêt de l'aspiration continue pour assurer l'évacuation de l'abcès.

M. Quenu a opéré un cas d'abcès médiastinal qu'il a opéré par médiastinotomie postérieure et postural, drainage.

M. Iselin estime que la médiastinostomie postérieure joue sur l'état de la plèvre et si celle-ci est libre, on risque un danger mortel. Il préfère la voie rétro-sterno mastoïdienne avec décollement de l'œsophage.

Inondation péritonéale par rupture d'un séminome d'un testicule en ectopie. — M. Guibal. — M. Fèvre, lecteur.

Hernie diaphragmatique par hiatus œsophagien et ulcère de la petite courbure. — M. Guibal. — M. Fèvre, rapporteur.

M. Quenu croit que la coexistence de hernie diaphragmatique et d'ulcère de l'estomac est assez fréquente bien que personnellement il n'en ait jamais observé.

M. J. Gosset a opéré quatre malades présentant des anémies inexpliquées et chez lesquels il a trouvé une hernie de l'hiatus œsophagien. Il n'y avait pas d'ulcère. M. Gosset discute le rôle du pneumogastrique dans la genèse de ces hémorragies gastriques et de l'apparition d'un ulcère.

Ulcères peptiques après gastrectomies. — M. Jean. — M. Blondin, lecteur.

Perforation d'ulcère jéjunal survenue deux mois après une gastrectomie pour ulcère gastrique antérieurement perforé. — MM. Merigot et Patry. — M. Blondin.

A propos de l'ulcère peptique post-opératoire. — M. Demirleau. — Rapport de M. Hepp sur ce travail basé sur quatre-vingt cas d'ulcère peptique dont sept apparus après gastrectomie. Il discute le difficile problème de technique posé par cette dernière catégorie.

Séance du 20 novembre 1946

Sur une luxation irréductible de la mâchoire inférieure. — MM. Ameline et Aubry. — Les auteurs ont utilisé la voie d'abord retro-auriculaire qui évite le facial ; un artifice de suture permet de rétablir le conduit auditif externe sans craindre une atrésie post-opératoire.

Œsophagectomie pour cancers de l'œsophage thoracique. Anastomose gastro-œsophagienne intrathoracique. A propos de trois observations. — MM. de Vernejoul et Métras.

Œsophagogastrectomie par voie thoracique gauche pour cancer haut situé de la petite courbure propagé au cardia. — M. Ballivet. — M. d'Allaines fait un rapport sur ces observations auxquelles il adjoint deux observations personnelles. Sur les trois observations de M. de Vernejoul, une mort subite et deux guérisons ; la voie thoracique gauche donne un jour considérable pour toutes les tumeurs situées au-dessous de la crosse aortique. Dans les cas de tumeurs hautes on peut l'utiliser également en faisant le décroisement de l'œsophage proposé par Sweet. M. d'Allaines précise les trois grands procédés de suture œsophago-gastrique. M. d'Allaines a opéré en deux temps : libération de l'estomac et du cardia dans un premier temps ; abdominal, puis par voie thoracique exérèse de la tumeur et anastomose.

Deux ulcères du cardia opérés par gastrectomie totale par voie thoracique. — M. de Vernejoul. — M. d'Allaines rapporte ces deux observations terminées par deux guérisons ; l'auteur a fait une anastomose de l'œsophage avec le canal pylorique conservé.

M. d'Allaines souligne que les résultats vont en s'améliorant avec l'expérience des auteurs.

A propos d'un cas de corps étranger du rectum. — M. Küss.

Sont élus membres associés nationaux : MM. Wertheimer, de Vernejoul, Grinda et Massé.

SOCIETE FRANÇAISE DE GYNECOLOGIE

Séance du 17 juin 1946

Contribution à l'histo-physiologie de l'endomètre. — M. P. Isidor (Saint-Germain-en-Laye). — L'étude de 300 biopsies d'endomètre permet à l'auteur de déduire que l'apparition des artérioles spiralées paraît posséder chez la femme une activité fonctionnelle et non pas simplement végétative.

Tuberculose annexielle ayant évolué comme une salpingo-ovarite banale. — M. E. Godlewski (Avignon). — L'intérêt de cette observation réside dans cette forme de tuberculose des annexes qui a évolué pendant 7 ans comme pelvipéritonite banale sans déceler aucune spécificité.

Présentation de radiographies. — M. J.-E. Marcel (Paris). — 1° Cystographie d'une périmétrite suppurée post-puerpérale ouverte dans la vessie et dans le vagin, avant et après traitement (sonde à demeure).

2° Urographie intraveineuse pour un fibrôme de moyen volume partiellement calcifié, déformant la vessie et entraînant une ectasie urétéro-pyélo-calicielle droite.

3° Hystérographie d'une fillette de 10 ans, montrant une stase lipiodolée unilatérale, peut-être un diverticule de la trompe.

A propos des dilatations des voies urinaires supérieures au cours des prolapsus génitaux. — M. Marcel Gérard (Paris). — Les conclusions de l'auteur sont les suivantes :

1° Il faut intervenir tôt dans les prolapsus génitaux si l'on veut traiter efficacement à la fois le prolapsus et le syndrome urinaire associé ; d'autre part la constatation de signes urinaires marqués chez la malade ne doit pas être une cause de refus, mais une indication majeure d'intervention.

2° Un chiffre élevé de tension artérielle n'est pas non plus une contre-indication à l'intervention chirurgicale, mais une raison de plus en sa faveur.

Les perturbations fonctionnelles de l'ovarectomie unilatérale. — M. X. Serafino (Marseille).

Un cas d'épithélio-sarcome du sein survenu à la suite d'un traitement intensif par la folliculine. — M. X. Serafino (Marseille).

SOCIETE DE CHIRURGIE DE MARSEILLE

20 mai 1946

Résultat éloigné d'une maladie de Wolkmann. — M. Salmon.

Sarcome fibroplastique du grand épiploon. — M. Connault. — Rapporteur : M. Léna.

Staphylococcémie chronique avec abcès du cerveau. Ventriculite suppurée et méningite récidivante. Présentation du malade après deux ans de rémission. — M. Paillas.

27 mai 1946

Iléo-colo-rectoplastie après résection du rectum pour rétrécissement inflammatoire. — MM. Y. Bourde, J. Giraud et A. Jean. — Les auteurs ont suivi la technique de Jean Quénu, mais une élimination partielle du greffon intestinal a demandé un temps supplémentaire, le greffon a néanmoins été suffisant pour mener à bonne fin cette intervention et supprimer ainsi chez cette femme de 38 ans un anus iliaque porté pendant quatre ans.

Fracture de Manteggia avec luxation exposée. Résultat tardif. — MM. Salmon et Grisoli. — Suite d'accident de motocyclette. Lésions importantes à l'avant-bras. La tête radiale fait saillie à travers la plaie du coude. La réduction de la luxation, par suite de l'importance des dégâts des parties molles, n'est pas maintenue, même en flexion. Ostéo-synthèse au crin du cubitus. Excellent résultat sept ans après l'intervention ; flexion à peine réduite de 15°. Les auteurs insistent sur le mécanisme de la luxation ; les parties molles ont été déchirées de dedans en dehors. Ils montrent après d'autres que l'adage « la luxation est tout, la fracture n'est rien » n'est pas toujours exact.

Malgré l'absence de sulfamides et de pénicilline, le résultat a été excellent, grâce au traitement chirurgical bien conduit.

Ligne de réflexion de la synoviale du genou. — M. Henry. — Rapporteur : M. Salmon. — Les chirurgiens ont quelquefois observé des accidents articulaires à la suite de broches placées dans le fémur. M. Henry a étudié d'une façon précise la ligne de réflexion de la synoviale du genou au niveau du fémur. Il donne des points de repère qui permettent d'embrocher le squelette loin de la synoviale et loin de la zone vasculaire poplitée. Travail anatomique comportant des applications pratiques intéressantes.

Allongement du fémur. — MM. Salmon et Henry. — Les procédés d'égalisation des deux membres inférieurs exigent des connaissances anatomiques précises. Il faut conserver l'irrigation des muscles et leur innervation. L'allongement du fémur a été pratiqué ainsi : le fémur a été sectionné très obliquement à la scie électrique. Une traction sur broche de Kirchner transfémorale a permis d'obtenir un allongement de 5 cm. MM. Salmon et Henry insistent sur la nécessité de placer la broche dans la diaphyse fémorale.

A propos de faux maux de Pott. Deux cas de malformation vertébrale. — MM. Salmon, Henry et Delmas. — Les faux maux de Pott sont fréquents. Tous les orthopédistes ont l'occasion d'en observer un nombre considérable de cas.

MM. Salmon et Delmas ont observé deux cas de malformation étiquetés maux de Pott.

Dans un cas il s'agissait d'un type de malformation exceptionnel, aplasie de toute la partie antérieure de D. XII. Le diagnostic ne put être fait qu'après la prise de nombreux clichés

de contrôle. Les auteurs insistent à nouveau sur l'importance d'un examen radiologique bien fait pour dépister les faux maux de Pott.

A propos de l'anastomose gastro-duodénale à bouton après gastrectomie. — M. A. Lena.

3 juin 1946

Péricardectomie pour péricardite constrictive. — Résultat après deux ans. — M. A. Lena.

Un cas de cancer de l'appendice. — M. Sérafino. — Rapporteur : M. Luccioni.

Occlusion post-opératoire précoce traitée par iléo-transversotomie. — M. Sérafino. — Rapporteur : M. Luccioni.

Gastrectomie totale. — Présentation de pièce. — M. Lamy.

17 juin 1946

Etranglement de l'intestin grêle à travers un orifice congénital du mésentère. — MM. Grisoli et Henry. — Rapporteur : M. Salmon. — Pièce prélevée à la salle de dissection. Tout l'intestin grêle était engagé dans un orifice de la partie inférieure du mésentère. Le diagnostic clinique n'avait pas été fait.

A propos de la pathogénie du choc traumatique. — M. Letac. — Exposé d'une théorie sur la pathogénie du choc traumatique faisant jouer le seul rôle à la perte liquidienne (liquide interstitiel au niveau des masses musculaires, liquide péritonéal ou pleural, au niveau de l'abdomen ou du thorax) par flux après ouverture des espaces interstitiels et lymphatiques des muscles, ou évaporation au niveau du péritoine et de la plèvre, amenant l'exhémie plasmatique, l'hémoconcentartion et l'anoxie tissulaire. Tous les autres phénomènes sont consécutifs à cette perte liquidienne et créés par elle, en particulier l'épuisement en hormone cortico-surrénale.

Preuves tirées de la clinique, de l'expérience opératoire, de l'expérience thérapeutique et de l'action de l'électro-chirurgie. Moyens proposés pour éviter le choc opératoire : la cellule aseptique conditionnée ; le procédé du « vase clos ».

Les lésions ovariennes dans les fibromes utérins. — M. Luccioni.

Hernie transmésentérique. — M. Luccioni.

La kystectomie dans les kystes hydatiques du foie. — MM. Lena et Trifaud.

Parotidectomie totale avec conservation du facial par la technique d'Audouin (avec présentation de l'opéré). — M. Salmon.

Plaie abdomino-fessière par balle. Dix perforations du grêle. Plaie du dôme vésical. Guérison. — M. Serafino. — Rapporteur : M. de Vernejoul.

Séance du 24 juin 1946

Cancers isolés des lèvres et curage ganglionnaire prophylactique. — M. R. Imbert rapporte six observations minutieusement et longuement suivies de cancer de la lèvre inférieure, indemne de toute adénopathie satellite cliniquement décelable, qui montrent que de telles lésions peuvent guérir après le traitement de la lésion primaire, sans qu'on exécute de curage ganglionnaire prophylactique. Imbert s'élève contre l'exécution systématique de ce dernier. Son expérience basée sur 119 observations l'incite à conclure que la curiepuncture labiale est la méthode de choix pour le traitement de la lèvre. En ce qui concerne les gîtes ganglionnaires, il faut pratiquer le curage large, s'ils sont envahis, et se contenter de surveiller étroitement le malade s'ils paraissent indemnes.

Hypospadias opéré par le procédé de Leveuf. — Présentation du malade. — M. Silnol.

Diverticule du duodénum. Présentation de radiographie. — M. Luccioni.

Polyarthrite ankylosante. Parathyroïdectomie. Guérison maintenue depuis quatre ans. — M. Escarras (membre correspondant).

Kyste hydatique du rein gauche ouvert dans les voies urinaires. Néphrectomie. — MM. Ouary et Gros-Perrin.

1er juillet 1946

Deux cas de sciatique par hernie discale postérieure. Hémilaminectomie. Extirpation du disque intervertébral. Guérison. — MM. Long et Connault. — Rapporteur : J. Paillas. — Après avoir exposé les deux très classiques et démonstratives observations, le rapporteur montre la précison avec laquelle la clinique permet de faire le diagnostic topographique des sciatiques radiculaires, aussi, il ne croit pas que l'épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien soit toujours utile. Il en montre tout l'intérêt dans quelques observations de diagnostic, semble-t-il, facile cependant.

A propos de la pathogénie du choc traumatique. — M. R. Letac.

8 juillet 1946

A propos de la technique de la parotidectomie totale avec conservation du facial. — R. Letac. — Réflexions au sujet de la technique ; recherche du facial en « creusant » aux ciseaux mousses fermés entre conduit auditif externe et glande, au contact du premier, au lieu de suivre le digastrique, ce qui aurait pour effet de soutendre le nerf,

L'intérêt de la pénicillothérapie préventive locale dans le pneumothorax extra-pleural. — MM. Berthier, Dor et Cristofari, avant de refermer la brèche pariétale projettent dans la cavité extra-pleurale une cinquantaine de centimètres cubes d'une solution de pénicilline contenant 100.000 unités. Cette technique qu'ils ont déjà utilisée quatorze fois leur paraît être le meilleur traitement préventif de la redoutable infection de la poche.

Amputation de Pasquier-Lefort. — Présentation de malade. — M. Juge.

Guérison clinique d'une tuberculose vertébrale évoluant en France chez un noir soudanais transplanté. Intérêt de la méthode de Charoy. — M. P. Gallais. — Rapporteur : M. Ouary.

SOCIETE MEDICALE ET ANATOMO-CLINIQUE DE LILLE

Séance du 14 mai 1946

Un cas particulièrement curieux d'évolution d'un calcul de l'uretère. — MM. G. Vincent et Maes. — Les auteurs présentent des documents particulièrement curieux concernant un petit calcul uretéral, éliminé spontanément.

Appendicite gangréneuse et péritonite. Ablation. Pénicilline intra-péritonéale et intra-musculaire. Guérison rapide. — M. M. Favreau. — Dans des cas semblables de nombreux chirurgiens, se contentent de drainer. D'autres, plus audacieux, referment purement et simplement, ne tenant pas compte des désastres qu'ils enregistrent trop souvent.

L'attention doit êre attirée sur les succès rapides dus à la pénicilline injectée dans le péritoine et employée par la voie classique (200.000 unités par 24 heures) associée ou non aux petites transfusions. Nous devons donner à nos malades le maximum de chances de guérison.

Traitement par la pénicilline d'un cas d'infection puerpérale grave chez une éclamptique césarisée au terme d'une grossesse gémellaire. Echec partiel de la pénicilline et des sulfamides ; succès des transfusions répétées. Considérations générales sur la pénicilline. — MM. M. Favreau, Deswarte et Florin. — Il faut insister sur la gravité de l'auto-intoxication de la fin et le pronostic sérieux d'une infection puerpérale dans ces cas. Aussi devons-nous mettre tout en œuvre pour juguler l'infection aussi rapidement que possible.

Lorsqu'on étudie minutieusement la feuille de température de notre malade, on voit une rémission partielle et momentanée soit après l'usage des sulfamides, soit après celui de la pénicilline. Signalons que cette dernière n'a pas été employée à dose assez forte (200.000 unités par 24 heures).

Nous avons l'impression que certains des nombreux microbes en cause (perfringens, coli, entérocoque, streptocoque) ont été influencés, mais que le succès définitif est dû au maintien de la défense de l'état général grâce aux transfusions répétées tous les deux jours (15 de 200 cc.).

Péritonite sans perforation par manœuvres abortives. — MM. J. Camelot, H. Batteur, J. Lemaître et Mlle Gouillaud. — Les auteurs présentent le cas d'une jeune femme de 20 ans, enceinte de six semaines, chez qui une injection intra-utérine

d'eau simple provoqua immédiatement une violente réaction péritonéale, sans perforation visible de l'utérus, avec continuation de la grossesse pendant encore 12 jours.

Pseudarthrose fistulisée du fémur, chez un homme de 72 ans traitée par enclouage médullaire. — M. G. Desorgher. — L'auteur présente l'observation et les radiographies d'un malade qu'il a été amené à traiter, trois mois après l'accident, pour une pseudarthrose fistulisée du fémur droit. Malgré le grand âge du blessé et la gravité des lésions locales, avant de se décider à une amputation, il fut procédé à un enclouage centro-médullaire du fémur par la méthode de Kierscher modifiée par Rocher. Non seulement, le cal se fit dans des délais normaux, mais la cicatrisation complète fut obtenue en trois mois et le blessé se sert actuellement de son membre qui, bien que diminué de longueur du fait de la résection nécessaire, constitue un appui solide et non douloureux.

Il semble bien que cette méthode, qui ne doit sans doute pas s'appliquer à toutes les fractures de cuisse, constitue cependant un excellent moyen d'ostéosynthèse, applicable peut-être, comme ici, dans des cas où d'autres appareillages seraient ou illusoires ou dangereux. La méthode d'enclouage centro-médullaire, encore à l'étude et discutée, paraît être d'un grand avenir et d'un grand intérêt ; elle est, à tout le moins, à utiliser en cas d'échec ou d'impossibilité d'application des techniques usuelles.

Séance du 28 mai 1946

De l'intérêt de l'exploration radiologique des cavités pyélorénales en présence des divers symptômes de la néphrite chronique. — MM. G. Vincent et Maes. — Les auteurs présentent 4 observations au cours desquelles ils ont rencontré des dilatations hydronéphrétiques portant sur le bassinet et les calices, associées à l'albuminurie et à l'hypertension. Bien qu'ils n'aient pas pratiqué de néphrectomies, mais des interventions diverses, néphrostomie, splanchnectomie ou ablation du ganglion aorto-rénal, ils ont observé des modifications de l'hypertension et des symptômes fonctionnels. Ils envisagent cependant la possibilité de la néphrectomie dans certains cas.

Niveaux liquides et boules calicielles dans l'urographie intraveineuse. — ,
observé ces phénomènes dans divers cas d'atonie pyélo-calicielle et en envisagent l'explication par la sédimentation de la substance opacifiante au fond des cavités immobiles. Ils insistent sur l'intérêt de cette explication pour l'interprétation correcte de certaines images d'urographies intraveineuses.

Les délires mystiques. — M. P. Giscard. — Les caractères psychologiques des délires mystiques ne diffèrent pas des caractères des délires ordinaires. On y retrouve les mêmes hallucinations, les mêmes idées souvent contradictoires et absurdes. L'auteur cite plusieurs exemples pris parmi ses malades ou dans des cas historiques. Il termine en opposant l'inadaptation sociale des délirants au sens du réel dont faisaient preuve les autres prophètes ou messagers du divin. A ce point de vue, la pertinence des réponses de Jeanne d'Arc au procès de Rouen, sa lucidité, son à-propos, son adaptation à toutes les circonstances, doivent être considérés comme des signes d'une valeur cruciale.

Le problème des possessions diaboliques. — M. P. Giscard. — Le problème des possessions diaboliques a été souvent mal résolu, parce que mal posé du point de vue technique. Charcot a rangé tous les phénomènes de la possession dans le cadre de l'hystérie, de la grande hystérie notamment, et a décrit une forme spéciale d'attaques convulsives appelées les attaques démoniaques.

L'auteur, après une enquête approfondie dans les documents les plus autorisés de l'histoire et de l'agiographie, considère comme exacte la description des phénomènes de la possession donnée par Charcot. En effet, on retrouve, dans la possession et dans la grande hystérie, les mêmes symptômes : 1° grandes attaques convulsives ; 2° états seconds avec hyperlucidité et dédoublement de la personnalité ; 3° phénomènes somatiques, œdèmes et hémorragies cutanés. Entre les phénomènes de la possession et les phénomènes de la grande hystérie, l'auteur ne voit pas de différence. Mais il s'écarte des conclusions de Charcot sur l'origine des faits et il ne lui paraît pas démontré que tous ces faits, rangés dans l'hystérie, soient explicables humainement.

Séance du 11 juin 1946

Perforation d'ulcère aigu du jéjunum, 18 jours après gastrectomie pour ulcère peptique. — MM. L. Courty et M. Gaudefroy. — Un homme de 48 ans, ayant subi, en 1940, une gastro-entérostomie, est opéré de nouveau en avril 1945, en raison de crises douloureuses de caractère ulcéreux. On perçoit une induration calleuse au niveau de la bouche anastomotique et l'on voit sur la première portion du duodénum une cicatrice étoilée, correspondant à un ulcus. Gastrectomie, drainage, suites opératoires excellentes. Dix-huit jours après l'intervention, le malade ressent une douleur brusque et très violente dans la région hypogastrique, en s'asseyant dans son lit. Dans les heures suivantes, l'état s'aggrave et une nouvelle laparotomie montre une perforation d'ulcère aigu jéjunal. Les auteurs discutent ce diagnostic d'ulcère peptique post-opératoire et rapportent quelques observations analogues à la leur ; ils insistent sur la rareté et la gravité de cette complication, qui entraîna la mort de leur malade et concluent en notant que la pathogénie de cette maladie ulcéreuse, véritable maladie humorale de l'organisme tout entier, est encore loin d'être parfaitement éclaircie.

Prolapsus du rectum et maladie du col vésical. — MM. G. Vincent, A. Bernard et G. Desbonnets. — Histoire d'un homme jeune, atteint de dysurie si prononcée qu'il urinait en position accroupie ; les efforts provoquaient le plus souvent la défécation. Il en résulta un prolapsus du rectum, qui fut opéré sans améliorer les troubles urinaires. Une résection du col vésical mit fin à ces troubles particulièrement pénibles.

Syndrome de Milkman-Lœser, chez une femme de 73 ans. Guérison clinique et radiologique. Activité ovariene et ostéomalacie. Rachitisme et ostéomalacie. — MM. L. Langeron et J. Béra. — Les auteurs, à propos de deux observations bien typiques, précisent quelques points intéressant l'ostéomalacie avec fissures osseuses de Milkman-Loeser : leur mécanisme de guérison, les rapports avec l'activité ovarienne et les relations entre rachitisme et ostéomalacie.

L'amine-2-thiazol et la thioürée dans le traitement des hyperthyroïdies (11 cas personnels). — MM. L. Langeron, M. Paget et J. Cockenpot. — Les auteurs apportent comme contribution à l'étude clinique et biologique de cette question, leur expérience de 11 cas, observés depuis dix mois. Ils concluent au caractères actif et inoffensif de ces médicaments, mais estiment qu'une observation plus étendue est encore nécessaire pour bien préciser leurs indications et leurs résultats, surtout dans le temps. Ils signalent particulièrement la qualité des résultats dans la maladie de Basedow et les formes légères d'hyperthryroïdie, mais l'échec dans les formes cardiaques. Ils estiment que ces médicaments, limitant la production de thyroxine, s'adressent à un stade physiopathologique de la maladie et non à sa cause elle-même, restriction qui situe probablement les possibilités thérapeutiques de cette médication.

CHRONIQUE

A l'ambassade de Belgique
L'hommage belge au professeur Hyacinthe Vincent

La remise à M. le professeur Hyacinthe Vincent des insignes et du diplôme de docteur « honoris causa » de l'Université libre de Bruxelles a eu lieu, comme nous l'avions annoncé, à l'ambassade de Belgique, à Paris, le vendredi 22 novembre dernier.

Avec une extrême bonne grâce, S. E. l'ambassadeur et Mme la baronne Guillaume, avaient tenu à présider cette cérémonie, « en terre belge » et à recevoir eux-mêmes leurs invités aux côtés du professeur et de Mme H. Vincent et de M. Scheyven, l'éminent conseiller de l'ambassade.

La délégation de l'Université libre de Bruxelles comprenait M. Charles Frerichs, président du Conseil d'administration et M. le professeur Ernest Renaux, président de la Faculté. A eux s'était joint le vénéré Jules Bordet, directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles, le plus illustre représentant de la science belge, qui est aussi membre associé de notre Académie des sciences et de notre Académie de médecine.

Parmi les Français on remarquait M. le Recteur et Mme Gustave Roussy ; l'amiral Lacaze et M. Pasteur Vallery-Radot, de l'Académie française ; M. Cartan, président de l'Académie des sciences ; M. le médecin général inspecteur Rouvillois, président de l'Académie de médecine ; M. le doyen Léon Binet ; M. Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur et Mme Tréfouël ; le professeur et Mme Leriche ; le professeur Blaringhem ; le professeur et Mme Henri Bénard ; le professeur et Mme Levaditi ; les médecins généraux inspecteurs Arène et Jame ; le médecin général Debenedetti, directeur général du Service de santé militaire ; le médecin général Clerc, de l'armée de l'Air.

L'armée belge était représentée par notre éminent confrère, le major général Voncken, président de la Société internationale de médecine militaire.

***

M. Charles Frerichs prit le premier la parole au nom du Conseil d'administration de l'Université libre de Bruxelles. En d'excellents termes, il salua le professeur Hyacinthe Vincent comme le représentant le plus qualifié de la médecine française.

M. le professeur Ernest Renaux, en un discours de très haute tenue, rappela la suite des admirables travaux de M. Hyacinthe Vincent puis, au nom de l'Université libre de Bruxelles, il remit au nouveau docteur les insignes de sa dignité.

M. le général Voncken s'adressa au médecin militaire. Il rappela les glorieux souvenirs de 1914 où, après la Marne, la première grande victoire alliée fut celle remportée contre la fièvre typhoïde par le professeur Vincent.

Le général Voncken tint encore à rappeler un souvenir bien émouvant pour les cœurs belges. En 1915, conduit sur le front de l'Yser, M. le professeur Vincent salua longuement le fleuve sacré, puis s'agenouillant il trempa ses mains dans son eau et refusa de s'essuyer.

Mais à ces souvenirs il importait d'ajouter l'hommage des savants belges. Personne n'était plus qualifié pour le faire que M. le professeur Jules Bordet. Il fut l'éloquent interprète de ses collègues belges et sut en quelques mots réunir en une brillante synthèse les admirables travaux de son nouveau confrère.

M. le professeur Vincent, qui ne cessera jamais de nous étonner par la verdeur et la jeunesse de son esprit, prit enfin la parole. Ses remerciements à S. E. l'ambassadeur et à Mme la baronne Guillaume furent délicats et charmants. Puis il s'abandonna aux réflexions que lui suggère cette « heure exceptionnelle ».

Heure exceptionnelle, certes, que celle où l'Université libre de Bruxelles lui fait l'insigne honneur de lui confier au double titre de membre et de représentant de la médecine française le diplôme de docteur « honoris causa ».

Et après avoir remercié encore les éminents collègues belges qui ont consenti à venir jusqu'à lui, M. Hyacinthe Vincent nous parle de la Recherche scientifique et de certains problèmes de biologie, de pathologie et de prophylaxie.

Il se trouve ainsi amené à de hautes considérations sur la Vie et sur l'Expérimentation qui resta vaine jusqu'au moment où Pasteur est venu lever les voiles qui couvraient tant de problèmes inexplorés. Pasteur a déduit de ses admirables découvertes des conséquences et des lois dont la portée est immense, inégalée. Les effets qui découlent de son œuvre et qui sont nés de son immortel génie, visent ou assurent la protection humaine contre les fléaux morbides qui nous menacent chaque jour.

En une admirable page sur le déterminisme des états morbides, M. Vincent esquisse enfin ce qui fut la raison d'être de ses propres travaux, qui sont tous bien dans la ligne pastorienne. Il ne les rappelle pas et il n'avait pas à les rappeler, car nul ne les ignore ; nul n'en méconnait la haute portée humaine et bienfaisante.

Cette unanimité n'est-elle pas la plus belle récompense que puisse recueillir un savant au soir de sa vie de labeur ?

F. L. S.

Leçon inaugurale de M. le professeur Etienne Bernard

Entouré du cérémonial habituel, M. le professeur Etienne Bernard a pris possession, le 21 novembre 1946, de la chaire de Clinique de la Tuberculose, où il remplace le regretté Jean Troisier.

L'assistance était considérable. Notons au hasard des entrées : MM. Rouvillois, Guérin, Chevallier, Le Lorier, L. Ramond, Marchal, Coste, Celice, Laignel-Lavastine, H. Hartmann, A. Clerc, Gougerot, Lesné, Basset, André Lemierre et Fernand Bezançon, Guillain. On remarquait encore dans l'hémicycle le professeur Paul Courmont (de Lyon), notre confrère Cavaillon, secrétaire général à la Santé publique, le médecin général Debenedetti.

Et voici encore M. le recteur Roussy qui, fidèlement, reprend sa place parmi ses collègues.

Après la présentation rituelle par M. le doyen Léon Binet, M. Etienne Bernard prend la parole :

Des remerciements d'abord à M. le Recteur qui restera pour tous le grand recteur de juin 1940, à M. le doyen Léon Binet, à M. le doyen Baudouin. Puis M. Etienne Bernard évoque les souvenirs de ses maîtres :

Brühl, le professeur Hartmann et Paul Lecène. Pendant la guerre de 1914, il est avec Marcille, fantasque et créateur, avec Gossel, avec enfin le cher Robert Proust.

Ses maîtres d'internat furent Gaston Lion, Papillon, Clovis Vincent, grâce auquel « la neuro-chirurgie est pour une grande part une science française », Fernand Bezançon « savant, clinicien, homme de cœur » dont les travaux et le nom se retrouvent à tout instant dans l'enseignement de la tuberculose.

Le nouveau professeur, s'adressant enfin à André Lemierre, le remercie de lui avoir donné une place d'interne. « Chacun sait comment pendant trente ans vous avez été notre vivant exemple comme médecin d'hôpital. Une présence sans défaillance, une activité sans hâte, un dévouement inlassable et qui vous est naturel, un temps partagé avec un rare bonheur entre l'examen du malade et les commentaires qui enrichissaient nos connaissances, voilà ce que trente générations d'internes n'oublieront jamais... »

De Widal, enfin, André Lemierre fut le disciple incomparable qui a gardé pour son maître une ferveur toujours égale.

M. Etienne Bernard, après un souvenir profondément ému à ceux de ses collègues du Vercors qui ne sont pas revenus, rappelle en quelques mots l'histoire de la chaire qu'il occupe aujourd'hui.

La chaire a 18 ans. Elle fut fondée en 1928 par le Conseil général de la Seine, sur les instances d'Henri Sellier et de Léopold Bellan. Le premier titulaire en fut notre ami regretté, le professeur Léon Bernard, clinicien et sociologue, grand animateur, avec Léon Bourgeois et M. Honnorat, de la lutte antituberculeuse en France. Le deuxième titulaire fut Fernand

Bezançon. Le troisième enfin, Jean Troisier, prit la chaire en 1938.

« S'il fallait montrer que la phtisiologie participe à de multiples disciplines, il n'y aurait qu'à rappeler que Léon Bernard venait de l'hygiène, M. Bezançon de la bactériologie, Troisier de la médecine expérimentale et que je vous arrive de la pathologie interne. Nul ne s'étonnerait de voir monter ici, un jour, un anatomo-pathologiste, ou même, du train où vont les choses, un chirurgien... »

Dans le cours de sa leçon, le professeur montre combien sont difficiles certaines questions qui paraissaient très simples et il prend comme exemple la question de l'allergie et de l'immunité. « En moins de trente années, nous avons vu les dogmes, en grand nombre, courber la tête au vent des faits nouveaux. J'en appelle à mes anciens. Quel est celui d'entre vous, même parmi les moins conformistes, qui aurait pu, naguère, supporter d'entendre ce qu'Edmond Long écrivait récemment : « Nous pouvons envisager une époque où la perte de l'allergie deviendra aussi commune que sa permanence. »

S'adressant aux étudiants, M. Etienne Bernard s'écrie : « Ces oscillations de doctrine ne risquent-elles pas, Messieurs, de jeter le doute dans vos esprits. Surtout parmi vous, les étudiants, à qui l'on impose au début de votre scolarité une cuti-réaction et qui êtes en droit de vous demander : Oui ou non, vaut-il mieux avoir une cuti-réaction positive ou négative?

« Je dois vous répondre. Il est certes préférable pour vous d'aborder vos études de médecine avec une cuti-réaction positive, accompagnant un aspect radiologique normal de votre thorax, non pas tant parce que cet état d'allergie vous confère une immunité certaine, mais parce que cet état témoigne que vous avez subi victorieusement l'agression première, et que vous serez encore en possession de cet état de résistance, et même légèrement accru, lors des agressions nouvelles ; et puis, surtout, parce que vous êtes dans des conditions qui vous sont particulières. A peine êtes-vous frappés par une première agression, et elle risque d'être massive et hypersensibilisante, que vous êtes exposés à une agression nouvelle qui, déroulant ses efforts sur un terrain sensibilisé, vous fera passer, en un court laps de temps, de l'infection à la maladie. Il y a un décalage entre la sensibilisation et l'immunité de surinfection, celle-ci toujours plus tardive. Vous risquez de subir la première, sans bénéficier de la seconde, en abordant vos stages hospitaliers avec une cuti-réaction négative.

« Vous avez heureusement le moyen de renverser les choses. Le B. C. G. (vaccin de Calmette et Guérin), en vous allergisant sans risque et en vous sensibilisant au minimum, vous confère avec bonheur une prémunition à l'égard des premiers germes virulents qui pénétreront dans votre organisme. La résistance qu'il vous confère, s'ajoutant à votre résistance naturelle, élève la digue qui doit vous protéger. Allergisé par le B. C. G., votre poumon bloquera sur place les germes virulents et empêchera leur diffusion, diffusion qui porte à son actif, vous le savez, la méningite tuberculeuse.

« Dans de nombreux pays, le Danemark et la Suède, en particulier, la prémunition par le B. C. G. est aujourd'hui obligatoire pour les étudiants et les écoliers dont la cuti-réaction est encore négative en fin de scolarité.

« La découverte, née du génie français, est accueillie, au dehors, avec une ferveur qui ne cesse de croître. Et cependant son application est encore très insuffisante chez nous. Nous avons le devoir de la répandre et nous n'y manquerons pas. Le B. C. G. fait partie de la gloire française.

« Un jour, et il n'en manquera pas, ajoute enfin M. Etienne Bernard, où vous n'aurez entendu parler que des faiblesses de notre pays, de sa nonchalance et de sa pauvreté, faites chanter dans votre mémoire les noms de Laënnec, de Villemin, de Calmette. Vous y puiserez le réconfort, la sérénité, la confiance... »

F. L. S.

INTERETS PROFESSIONNELS

Association Médicale Mondiale (A.M.M.)

Secrétariat français :
Domus Medica, 60, bd de Latour-Maubourg
Paris (7e). Tél. Inv. 16-03

L'Association Médicale Mondiale (World Medical Association) dont la création avait été décidée à Londres le 25 septembre dernier, vient d'être officiellement constituée à Paris, au cours de la réunion des délégués nationaux nommés à cet effet.

Le comité d'organisation (conseil) est présidé par le Dr T.C. Routley (Canada).

Etaient présents : le Dr Fernand Decourt, vice-président (France) ; le Dr Pierre Glorieux (Belgique); le Dr Dag Knutson (Suède) ; le Dr Mad. O. Leuch (Suisse) ; le Dr J.A. Pridham (Grande-Bretagne) ; le Dr Aleksej Zahor (Tchécoslovaquie).

Excusés : le prof. Shawki Bey (Egypte) ; le prof. Tornel (Espagne).

Les secrétaires généraux, nommés lors de l'assemblée générale constitutive à Londres, sont : le Dr Charles Hill (secrétaire général de la British Medical Association) ; le Dr Paul Cibrie (secrétaire général de la Confédération des syndicats médicaux français).

Les statuts de l'Association Médicale Mondiale ont été adoptés. Des rappports ont été envisagés avec la World Health Organisation et l'UNESCO.

Le Dr T.C. Routley (Canada), président du Conseil de la W.M.A. est chargé des relations avec la World Health Organisation ;

Le Dr Paul Cibrie (France), secrétaire général de l'A.M.M. (W.M.A.) est chargé des rapports avec l'UNESCO.

L'Association Médicale Mondiale a déjà reçu l'adhésion des associations médicales nationales de très nombreux pays.

L'Association Médicale Mondiale, dont le rôle professionnel et social s'avère extrêmement important, est assurée de trouver un concours précieux et actif dans le plus grand nombre des pays du monde.

(Paris, 15-16 nov. 1946.)

Nécrologie

— Mlle le Dr Marie-Louise Thiollier, décédée à Neuilly-sur-Seine. Nous prions sa mère, Mme Edouard Thiollier, et ses frères, nos collaborateurs A. et Ch. Thiollier, de trouver ici l'expression de notre très affectueuse sympathie.

— Le Dr Louis Funck-Brentano, gynécologue accoucheur honoraire des hôpitaux de Paris, officier de la Légion d'honneur, décédé à Paris dans sa 80e année. Ses obsèques ont eu lieu le 25 novembre en l'église Saint-Pierre du Gros-Caillou.

Nous prions son fils, le Dr Paul Funck-Brentano, chirurgien des hôpitaux de Paris, de recevoir l'expression de notre vive sympathie.

— Le Dr Marcel Wisner, assistant d'O.-R.-L. des hôpitaux de Paris, décédé à Paris. Ses obsèques ont eu lieu le 25 novembre 1946.

— Le Dr Eugène Willemin, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien médecin consultant à Vichy, décédé à l'âge de 86 ans. De la part du Dr Jean Willemin, du Dr et de Mme Henry Walter.

COURS

Conférences d'actualités pratiques

La Faculté de Médecine organise une série de conférences d'actualités pratiques qui auront lieu à 20 h. 30 et 21 h. 30, au grand amphithéâtre de la Faculté, les mardi et vendredi de chaque semaine, pendant les mois de janvier, février et mars.

Ces conférences, destinées à tous les médecins, comprendront des sujets de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et des spécialités susceptibles d'intéresser tous les praticiens.

La première conférence aura lieu le 14 janvier à 20 h. 30.

Elle comprendra deux exposés :

L'un du doyen Binet, sur la réanimation, la lutte contre l'asphyxie, l'oxygénothérapie et le poumon d'acier ;

L'autre du Dr Tzanck sur l'état actuel de la question des groupes sanguins, les indications, les résultats et les accidents de la tranfusion sanguine.

Le programme complet sera indiqué ultérieurement.

Enseignement des hôpitaux libres

GASTRO-ENTÉROLOGIE
(1946-1947)

Lundi 20 janvier, à 12 heures. — Hôpital Saint-Michel : La rectite hémorragique et purulente et son traitement, par R. SAVIGNAC.

Lundi 27 janvier, à 12 heures. — Hôpital Saint-Michel : Le cancer du rectum, par R. SAVIGNAC.

Lundi 3 février, à 12 heures. — Hôpital Saint-Michel : Le prurit anal, par R. SAVIGNAC.

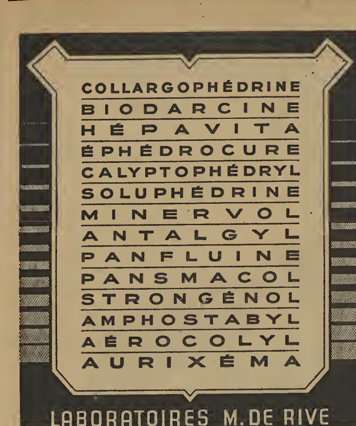
Lundi 10 février, à 12 heures. — Hôpital Léopold-Bellan : L'œsophagite banale, par A. DOULAS.

Lundi 17 février, à 12 heures. — Hôpital Léopold-Bellan : Le cancer cardio-phrénique, par A. SOULAS.

Lundi 4 février, à 12 heures. — Hôpital Léopold-Bellan : Sténoses de l'œsophage par brûlure, par A. SOULAS.

Lundi 1er mars, à 12 heures. — Hôpital Léopold-Bellan : Sténoses de l'œsophage par brûlure (suite), par A. SOULAS.

Lundi 8 mars, à 12 heures.o — Hôpital Léopold-Bellan : Le rétrécissement cardio-phrénique et de méga-œsophage, par A. SOULAS.


COLLARGOPHÉDRINE
BIODARCINE
HÉPAVITA
ÉPHÉDROCURE
CALYPTOPHÉDRYL
SOLUPHÉDRINE
MINERVOL
ANTALGYL
PANFLUINE
PANSMACOL
STRONGÉNOL
AMPHOSTABYL
AÉROCOLYL
AURIXÉMA
LABORATOIRES M. DE RIVE
83 RUE S^T CHARLES · PARIS 15^E


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau


"DIVINUM EST OPUS SEDARE DOLOREM"
HOMOPAVINE
PLUS ACTIVE QUE LA
MORPHINE
MIEUX TOLÉRÉE QUE L'
OPIUM
pas de constipation
ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE
AUX
LABORATOIRES DAUSSE. 4, RUE AUBRIOT. PARIS. 4^e





Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd. Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe).

N° 28. — SAMEDI 7 DECEMBRE 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr.; Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecin des hôpitaux 1946

Epreuve de titres

LISTE DES CANDIDATS

1. Netter, 20 points ; 2. Cachin Marcel, 20 points ; 3. Rossier, 20 points ; 4. Thieffry, 20 points ; 5. de Giaciansky, 20 points ; 6. Bouvrain, 20 points ; 7. Duperrat, 20 points ; 8. Conte, 20 points ; 9. Gaultier, 20 points ; 10. Siguier, 20 points ; 11. Morin Marcel, 20 points ; 12. Varay, 20 points ; 13. Lamotte Michel, 20 points ; 14. Meyer André, 20 points ; 15. Aussannaire, 20 points ; 16. Bloch Michel, 20 points ; 17. Kreis, 20 points ; 18. Kaufmann, 20 points ; 19. Catinat, 20 points ; 20 Lesobre, 20 points ; 21. Tardieu, 20 points ; 22. Claisse, 20 points ; 23. Dupuy, 20 points ; 24. Tanret, 20 points ; 25. Pecher, 19 points ; 26. Rubens-Duval, 19 points ; 27. Sikorav, 19 points ; 28. Faulong, 19 points ; 29. Mallet, 19 points ; 30. Mozziconacci, 19 points.

Pourront seuls prendre part aux épreuves d'admission au concours de nomination de médecin des hôpitaux les 24 premiers candidats représentant 80 % des candidats admis à concourir.

Concours de médecin des hôpitaux

Section B

SÉANCE DU MARDI 26 NOVEMBRE 1946

M. le Dr Thieffry, 19.

SÉANCE DU JEUDI 28 NOVEMBRE 1946

MM. les Drs de Graciansky, 20 ; Dupuy, 20 ; Meyer André, 19.

Concours d'assistant en médecine des hôpitaux

Liste, par ordre de tirage au sort, de MM. les membres du jury :

MM. les Drs Chiray, Ameuille, Tixier, médecins honoraires ; Chevallier, Boulin, Janet, médecins des hôpitaux ; Petit-Dutaillis, chirurgien.

Concours normal d'électro-radiologiste des hôpitaux

Liste, par ordre de tirage au sort, de MM. les membres du jury :

MM. les Drs Lepennetier, Nadal, Surmont, Dariaux, Lefèbvre, Brunet, Frain, électro-radiologistes ; Decourt, médecin ; Sénèque, chirurgien.

Concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux

Liste, par ordre de tirage au sort, de MM. les membres du jury :

MM. les Drs Parfonry, Bollack, Renard, Velter, Dollfus, Hudelo, Favory, ophtalmologistes ; Michaux, médecin ; Boppe, chirurgien.

FACULTES DE MEDECINE

Rémunération des membres du jury de divers examens et concours

AGRÉGATION. — Droit de présence : 500 fr. par séance. Il ne peut être compté plus de deux séances par jour.

Droit de présence du secrétaire lorsqu'il est pris en dehors du jury : 200 fr. par séance.

COMMISSIONS MÉDICALES (concours de l'Ecole normale supérieure et des bourses de licence). — 200 fr. pour la première heure, 150 fr. pour la deuxième heure. Maximum 450 fr. pour trois heures.

EXAMENS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les agrégés libres siégeant en remplacement de professeurs empêchés ou dispensés recevront 300 fr. par séance. Il ne peut être compté plus de deux séances par jour.

CHIRURGIE DENTAIRE. — Mêmes conditions.

VALIDATION DE STAGE. — Les pharmaciens membres du jury reçoivent 45 fr. par candidat examiné.

Facultés de province

Retraite. — Sont admis à faire valoir leurs droits à la retraite, à compter du 1er octobre 1946 :

MM. les professeurs Jeanbrau, à Montpellier ; Pautrier, à Strasbourg ; Redslob, à Strasbourg.

Lille. — M. Muller, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine légale et sociale (dernier titulaire : M. Leclercq).

Lyon. — M. Noël, professeur sans chaire, est nommé professeur titulaire de la chaire de biologie médicale et embryologie créée à la Faculté de médecine de Lyon.

Toulouse. — M. Planque, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine légale et déontologie (dernier titulaire : M. Morel).

Légion d'honneur. Santé publique

GRAND OFFICIER. — Est élevé à la dignité de grand officier de la Légion d'honneur : M. Henri Hartmann, professeur honoraire à la Faculté de Médecine de Paris. « Savant de renommée universelle, qui par ses remarquables travaux a honoré la science médicale et l'art chirurgical français. »

OFFICIER. — M. le professeur Henri Paucot, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de Médecine de Lille ;

M. le Dr Robert, médecin de la poudrerie de Saint-Médard (Gironde).

CHEVALIER. — M. Auguste Chabaud, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur ;

M. Frédéric Nitti, chef de service à l'Institut Pasteur ;

M. le Dr Hubert Benoit, à Saint-Lô.

Education nationale

OFFICIER. — M. Rohmer, professeur de la chaire de clinique infantile à Strasbourg.

Service de Santé militaire. — Un concours pour l'admission en 1946 à l'emploi de médecin et pharmacien sous-lieutenant de l'armée active (troupes mé-

tropolitaines), s'ouvrira le 23 décembre 1946, à 9 heures, au Val-de-Grâce.

Il sera ouvert, sous certaines conditions, aux docteurs en médecine et aux pharmaciens diplômés.

Pour tous renseignements, s'adresser au ministère des Armées (direction générale du Service de Santé), 231, boulevard Saint-Germain, Paris (7e), ou aux directions régionales du Service de Santé.

Infirmières des hôpitaux militaires. — Un concours pour l'emploi ou l'obtention d'un certificat d'aptitude à l'emploi d'infirmières des hôpitaux militaires aura lieu le 26 février 1947.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction générale du service de Santé, 231, boulevard Saint-Germain, à Paris, ou aux Directions régionales du service de Santé.

Hygiène scolaire et universitaire

Cinq postes de médecins examinateurs scolaires à temps plein sont vacants dans le département du Loir-et-Cher et sept postes similaires sont vacants dans le département de l'Oise.

Pour tous renseignements, s'adresser à M le Dr Pelletier, médecin inspecteur régional de l'Hygiène scolaire et universitaire pour l'Académie de Paris, 5, rue Auguste-Vacquerie, Paris (16e), à qui les candidatures devront être transmises avant le 15 décembre 1946.

Médecins des services antituberculeux publics

Il est ouvert un concours pour le recrutement de médecins des services antituberculeux publics (branche tuberculose chirurgicale).

Les épreuves écrites auront lieu à Paris le 27 janvier 1947.

Le nombre de postes mis au concours est de trois au minimum.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 4 janvier 1947 inclusivement au ministère de la Santé publique (direction de l'administration générale, du personnel et du budget), 7, rue de Tilsitt, Paris.

Des majorations de points seront accordées aux candidats qui se sont trouvés dans l'une des situations prévues à l'article 2 de l'ordonnance du 15 juin 1945.

Médecins de la santé en Algérie

Le J. O. du 26 novembre publie un décret portant modification du décret du 16 novembre 1944 créant un corps de médecins de la santé en Algérie.

L'exercice de la clientèle privée est interdite aux médecins de circonscription médicale d'assistance si un médecin libre est installé sur le territoire de leur circonscription, sauf dérogation accordée par arrêté du gouverneur général.

Toutefois les médecins de circonscription pourront donner leurs soins contre rémunération lorsqu'ils sont appelés à voir des malades non indigents au cours de leurs tournées obligatoires dans la circonscription.

Le gouverneur général de l'Algérie procède par arrêté, après avis d'une commission spécialement désignée à cet effet, au reclassement des médecins inspecteurs et inspecteurs adjoints d'hygiène, et des médecins de colonisation dans le nouveau cadre des médecins de la santé.

Union des médecins français

Sous l'égide de l'U.M.F., les 30 novembre et 1er décembre, se sont tenues à Nantes (Loire-Inférieure), DEUX JOURNÉES D'ÉTUDES MÉDICALES consacrées aux problèmes de l'équipement sanitaire et de l'organisation médicale posés par la reconstruction des régions sinistrées. Cette importante séance était placée sous la présidence effective de M. René Arthaud, ministre de la Santé publique. M. le professeur Debré, membre de l'Académie de médecine et président d'honneur de l'U.M.F., M. Laroque, directeur général de la Sécurité sociale, M. Desuny, chef de cabinet du ministre de la Reconstruction ainsi que des représentants des municipalités et des organisations ouvrières ont apporté leur concours et exposé leurs divers points de vue.

Association France-U.R.S.S. — MM. les professeurs E. Pavlovski, V. Engelhardt et B. Zbarski, membre de l'Académie de Médecine de l'U.R.S.S., feront le mardi 10 décembre, à 20 heures 30, à l'amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne, une conférence sur la science soviétique au service du pays.

Fédération Nationale des Médecins du Front

Les huit Associations :

Association Amicale des Anciens médecins des Corps combattants 1914-1918 ;

Union des Médecins mutilés de guerre ;

Association des Médecins médaillés militaires ;

Association Nationale des Médecins blessés et prisonniers de guerre ;

Association des Médecins combattants 1939-1945 ;

Association des Médecins des formations sanitaires de l'Avant ;

Association des Médecins prisonniers de guerre ;

Association des Médecins déportés,

qui composent la Fédération Nationale des Médecins du Front groupent plus de 2.000 médecins.

La première Assemblée générale statutaire d'après-guerre s'est tenue le 11 novembre dernier à la Faculté de Médecine de Paris.

Après l'exposé du secrétaire général provisoire sur l'activité de la Fédération, ont été élus :

Président : Dr de Parrel.

Vice-présidents : Drs Letulle, Largeau, Grasset, Guyot.

Secrétaires généraux : Drs P. J. Viala, Bonn, T. Gallet.

Trésoriers : Drs Garnier-Claudon, Diguet.

Les médecins anciens combattants, anciens prisonniers ou anciens déportés, non encore inscrits dans les unes ou les autres des Associations fédérées sont priés, en vue de leur admission, de se mettre en rapport avec le secrétaire général de la Fédération des Médecins du Front, le Dr P. J. Viala, 35, boulevard Saint-Michel, Paris (5e). Odéon 10-32.

Comité National de l'Enfance

La quatrième des conférences d'information traitant de la mise au point de la législation sociale de l'enfance aura lieu au siège social du Comité National de l'Enfance, 51, avenue Franklin-D.-Roosevelt, Paris (8e), sous la présidence de M. le Dr Lesné, membre de l'Académie de Médecine, le 18 décembre 1946, à 17 heures.

Ordre du jour : Scolarité, par M. Douady.

Les anciens de Dachau au Val-de-Grâce

M. Edmond Michelet, ministre des Armées, président de l'Amicale des Anciens de Dachau, a tenu à remettre lui-même, en présence du médecin général Debenedetti, directeur général du Service de santé, au cours d'une cérémonie intime qui a eu lieu le 23 novembre à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, dans la salle Laveran, trois rosettes d'officier et huit croix de chevalier de la Légion d'honneur, ainsi que la croix de guerre avec palme et la médaille d'honneur du Service de santé militaire (en argent) à 11 médecins de l'infirmerie du camp de Dachau, les Drs Harsault (la Garenne-Colombes), Laffitte (Niort), Perrot (Auxonne), Bohn (Paris), médecin capitaine Ducournau, Goude (Château-du-Loir), Ragot (Sens), Roche (Thiers), Rosencher (Sens), Suire (Niort) et A. Fournier (Paris). Il a prononcé une courte allocution au cours de laquelle il a rappelé l'action de ces médecins, notamment au cours de l'épidémie de typhus exanthématique de l'hiver de 1944-45.

(Suite des informations, p. 566.)

Nécrologie

Nous avons le vif regret d'apprendre la mort du Dr Jean Berger, chirurgien des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de Chirurgie.

Il était le fils de M. Elie Berger, qui fut professeur à l'Ecole des Charles et membre de l'Institut, et le neveu du professeur Paul Berger.


ARG-EPH
GOUTTES NASALES
ARGYROL de BARNES
(NOM DÉPOSÉ)
et
ÉPHÉDRINE
Traitement des Affections
Rhino-Pharyngiennes
LABORATOIRE ROGER BELLON
(GAMBÉOL, ACTIPHOS, GLOBIRON,
HÉMOPYLORE "3", RECTOCALCIUM)
78 bis, Avenue Marceau - PARIS (8e)


les 3 Hormo...
HORMO-PROSTINE
(Extraits opothér. + Chlor. de Magnésium)
★
Association opothérapique préventive et curative des troubles de la
PROSTATE
COMPRIMÉS
SUPPOSITOIRES
HORMO-HEPATINE
(Extraits opothér. + Boldo. Artichaut, etc...)
★
Médication polyvalente de l'insuffisance hépatique et de toutes les déficiences du
FOIE
HORMO-LAXOL
(Extraits opothér. + Ferm. lactique, Evonym., Poudre podophylotoxique, Phénolphtaléine et Extraits végétaux)
★
Synergie médicamenteuse. Spécifique actif et complet de toutes les formes de la
CONSTIPATION
du
LABORATOIRE H. CHAUZEIX
31 bis, Rue de Villejust, PARIS-16e - Kleber 85-26, 85-27


EVONYL
COMPRIMÉS DRAGÉIFIÉS
Composition
SYNERGIE VÉGÉTALE et OPOTHÉRAPIQUE
Indications
(Double action FOIE ET INTESTIN) Affections hépato-biliaires, Cholécystite, Ictére, Congestions hépatiques, Lithiases, Angiocholite, Constipation aiguë et chronique, Hypertension.
Posologie
2 dragées, tous les soirs, au repas.
Enfants : demi-dose.
LABORATOIRES FLUXINE
VILLEFRANCHE (RHÔNE)


SULFAMIDE POLYVALENT
FACILEMENT TOLÉRÉ PAR L'ORGANISME
THIAZOMIDE
2090. R. P. SULFATHIAZOL
Tube de 20 comprimés à 0g50
DOSE JOURNALIÈRE INITIALE 4 à 8 GRAMMES
GONOCOCCIES
COLIBACILLOSES
PNEUMOCOCCIES
MÉNINGOCOCCIES
STREPTOCOCCIES
STAPHYLOCOCCIES
SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
POULENC FRÈRES
USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS - 8e

Etude clinique des algies des amputés et de leurs complications (1)

par A. Sliosberg (de Paris)

S'il est un problème médical d'après-guerre qui intéresse au plus haut point à la fois le praticien, le neurologue, le chirurgien et le médecin légiste, c'est bien celui des algies des amputés, car malgré le grand nombre de travaux consacrés à son étude depuis le début du siècle dernier et surtout après la guerre de 1914-1918, bien des côtés restent encore obscurs et controversés. Nous voudrions apporter notre contribution personnelle basée sur l'étude de plus de 200 cas personnels observés depuis près de dix ans.

La littérature médico-juridique se sert indifféremment de plusieurs termes pour désigner les états que nous allons décrire : on parle de névralgies du moignon, de douleurs fantômes, de névrites, etc... Tous ces termes ne nous satisfont pas parce que trop limitatifs ou parce qu'ils donnent une note étiologique non établie d'une manière irréfutable : ainsi, les états douloureux de la plupart des amputés n'affectent pas un seul nerf, mais le plus souvent intéressent tout un plexus ; il ne s'agit donc pas d'une névralgie ; d'autre part, l'existence d'une névrite n'a jamais été démontrée ; enfin les douleurs sont localisées le plus souvent à la fois au moignon et au membre fantôme. Nous préférons parler des *algies des amputés*, terme suffisamment large et permettant d'englober tous les états douloureux sans préjuger de leur localisation ou de leur étiologie.

Les algies se rencontrent avec une fréquence très grande chez les amputés et d'après une statistique personnelle portant sur 250 cas non sélectionnés, au moins dans 72 % des cas ; en réalité, on peut admettre une proportion encore plus importante. Notons que le niveau de l'amputation ne semble pas jouer un rôle dans l'incidence des algies. En effet, dans notre statistique ce pourcentage est le même dans les amputations hautes et basses. Par contre, nous avons eu l'impression que chez les amputés de cuisse, les douleurs sont plus fréquentes que chez les amputés de la jambe et surtout chez ceux du bras et de l'avant-bras ; signalons en passant que Sturm a noté des douleurs plus ou moins intenses dans 96 % des cas sur 150 amputés de cuisse.

Divers facteurs étiologiques ont été invoqués pour expliquer les douleurs, notamment l'infection et, d'après Sturm, cette dernière jouerait, par un mécanisme assez complexe et à vrai dire un peu obscur, un rôle prépondérant ; il s'agirait d'un état allergique post-infectieux responsable du déclenchement des douleurs d'ordre central. La similitude des contractions cloniques du moignon au cours des paroxysmes douloureux avec les spasmes tétaniques est frappante et certains auteurs contemporains ont invoqué la persistance de la toxine tétanique et ont même mis cette hypothèse à contribution pour traiter avec quelque succès les algies des amputés. En réalité, l'importance du facteur infectieux semble avoir été exagérée, car nous avons eu à traiter des amputés qui avaient été amputés dans les meilleures conditions, soit à la suite d'un accident, soit après une artérite et qui, néanmoins, ont présenté des algies exactement semblables à celles dont souffrent les blessés de guerre restés plusieurs jours sans soins sur le champ de bataille et amputés dans les conditions les plus défavorables.

D'autres auteurs invoquent une constitution spéciale des malades et Raymond parle d'hystérie, comme les amputés algiques appartiennent à tous les milieux et à tous les types constitutionnels une telle explication est absolument improbable.

Nous pensons qu'on doit invoquer plutôt le niveau de section du nerf : il est frappant de constater combien les facteurs circulatoires interviennent au cours des états algiques qui nous occupent : cyanose, refroidissement du moignon, modification de l'indice oscillométrique, tels sont les phénomènes d'ordre circulatoire couramment observés chez nos sujets. Si l'on tient compte de l'importance de la vasoconstriction comme facteur algogène, il n'est pas illogique de penser que, si le nerf est sectionné à un certain niveau placé dans des conditions d'irrigations spéciales, le sujet ressentira des douleurs, alors qu'une section à un niveau différent dont l'irrigation est plus riche ou, au contraire plus pauvre, ne donnera lieu à aucune douleur. Il resterait à l'anatomiste et au physiologiste à déterminer les zones interdites, spécialement propices à provoquer les algies et au chirurgien à se conformer à des règles ainsi fixées, tout comme il se conforme aux données relatives aux zones d'élection pour l'amputation.

Quant au névrome, accusé de provoquer les douleurs dont il serait le substratum anatomique, il est certain que, le plus souvent, sa palpation éveille des douleurs, mais la précocité du début des douleurs dans un grand nombre de cas ne permet pas d'attribuer au névrome un rôle exclusif dans leur apparition.

En effet, dans près de la moitié des cas étudiés par nous les douleurs ont fait leur apparition soit immédiatement après le réveil de l'anesthésie au cours de laquelle avait été pratiquée l'amputation, soit au cours des deux ou trois premières semaines, c'est-à-dire à une époque où le névrome n'avait pas encore eu le temps de se constituer.

Parmi les autres sujets, un nombre relativement peu important (18 %) a vu ses algies apparaître entre un mois et un an après l'amputation, le reste (34 %), par contre, a signalé un début plus tardif, soit un an et plus après l'amputation ; il est intéressant de noter que certains sujets restent indemnes de toute sensation douloureuse pendant dix, quinze et parfois vingt-cinq ans ; les douleurs apparaissent alors brusquement sans cause apparente et l'amputé entre définitivement dans la grande famille des algiques. On peut imaginer qu'une irrigation sanguine suffisante mettait, pendant un temps, le malade à l'abri des algies et que, l'âge venu, les conditions circulatoires ont subi des modifications plus ou moins brusques conditionnant l'apparition des douleurs.

La date d'apparition des algies est donc essentiellement variable, aucune systématisation ne permet de mettre en évidence les facteurs qui interviennent ici ; cependant, nous avons l'impression que chez les amputés du membre inférieur, le début est en général plus tardif. La hauteur d'amputation ne joue aucun rôle.

Le même polymorphisme se retrouve dans les caractères cliniques des algies.

D'après leur *localisation* on peut distinguer trois types de douleurs : celles localisées au moignon, celles atteignant le membre fantôme seul, enfin les algies mixtes, intéressant à la fois le moignon et le membre fantôme.

Les algies *localisées uniquement au moignon* se rencontrent dans environ 25 % des cas ; le plus souvent une zone bien déterminée est le siège des sensations douloureuses ; parfois, c'est à la cicatrice, dans d'autres cas, c'est à l'une des faces que le sujet localise ses algies qui se présentent sous forme de brûlures, de tiraillements ou de douleurs lancinantes. La localisation est immuable ; le membre fantôme est perçu mais non douloureux et parfois même n'est pas perçu du tout. Ce type de douleurs est surtout l'apanage des amputés du membre inférieur et particulièrement de ceux de la jambe.

Les *douleurs fantomales pures* se voient, elles aussi, dans environ 25 % des cas ; elles se cantonnent à un ou plusieurs doigts ou orteils, ou à l'un des bords de l'extrémité distale et, le plus souvent, ne quittent jamais cette localisation. Dans certains cas le membre fantôme est le siège de sensations dissemblables intéressant des segments différents ; par exemple, un amputé du membre inférieur peut se plaindre de brûlures et de torsion localisées au gros orteil et en même temps de fourmillements pénibles au talon ou au bord externe du pied-fantôme, sans que jamais les deux sortes de sensations intervertissent leurs localisations respectives. Les douleurs fantômales s'observent avec une fréquence à peu près égale chez les amputés du membre inférieur et chez ceux du membre supérieur.

Le *type mixte* associant les douleurs fantômales à celles qui se localisent au moignon est le plus fréquent ; nous l'avons observé dans la moitié de nos cas. Le plus souvent les douleurs surviennent simultanément aux deux localisations, mais chez certains sujets les deux sortes d'algies alternent ; ou encore les douleurs du type continu affectent le fantôme, tandis que les paroxysmes douloureux se cantonnent uniquement au moignon ou *vice versa*. Ce type mixte s'observe un peu plus fréquemment chez les amputés du membre supérieur et particulièrement chez ceux du bras.

Nous venons d'opposer les *douleurs continues* aux *paroxysmes douloureux* ; en effet, un certain nombre d'amputés souffrent d'une manière *continue* et accusent des sensations de brûlures, de broiement, d'arrachage, de froid pénible, de fourmillement douloureux qui ne les quittent jamais, empêchant le sommeil et restent égales en intensité pendant des années et des décades. Ce type de douleur est une éventualité rare à l'état isolé : nous l'avons rencontré chez 28 amputés sur 182, soit dans environ 15 % des cas ; il semble être exceptionnel chez les amputés de cuisse, rare chez ceux de la jambe et un peu plus fréquent chez les mutilés du membre supérieur.

Le *type paroxystique* pur est un peu plus fréquent (nous l'avons noté dans environ 21 % de nos cas) et s'observe surtout chez les amputés du membre inférieur ; il est caractérisé par des algies survenant par crises paroxystiques à intervalles variables suivant le sujet, mais dans la grande majorité toujours identiques chez le même malade. Dans l'intervalle des crises douloureuses, le sujet ne présente absolument aucune sensation douloureuse,

(1) (Communication au Congrès de Médecine Légale, 18-19 octobre 1946, Paris.)

le membre fantôme est perçu avec une tonalité physiologique, le moignon n'est pas douloureux et le sujet vaque à ses occupations quand, brusquement, s'installe la crise douloureuse ; dans certains cas cependant, une sorte d'aura, faite de malaise général, de sensation d'énervement ou d'asthénie annonce le paroxysme douloureux qui se présente le plus souvent sous forme de douleurs fulgurantes parcourant toute le membre à une très grande vitesse et se répétant à des intervalles réguliers de 10 à 30 secondes pendant des heures et parfois pendant douze, vingt-quatre heures et même plus. En plus des fulgurances, certains malades accusent des douleurs de torsion, de brûlure, d'arrachage, de constriction, d'enfoncement, et il suffit d'interroger cinq ou six amputés pour passer en revue tous les qualicatifs qui nuancent les différentes douleurs dont peut être affligé un être humain. L'intensité de ces paroxysmes est souvent extrême et atteint, comme l'a dit LERICHE, « le maximum de ce qu'un homme peut endurer » ; ils sont le plus souvent rebelles à toute thérapeutique sédative et parfois ne cèdent même pas aux opiacés malgré les doses très fortes employées par certains amputés. Les crises surviennent, nous l'avons dit, à des intervalles variables, mais à peu près fixes chez le même sujet. Chez certains, elles apparaissent tous les jours, à la même heure, chez d'autres, deux, trois, quatre fois par semaine, chez d'autres encore deux ou trois fois par mois ; enfin, nous avons vu des amputés dont les crises survenaient tous les mois ou tous les deux mois, ou encore une ou plusieurs fois par an. Dans quelques cas exceptionnels, une crise survient inopinément puis reste sans lendemain pendant des années et des lustres ou même ne se répète plus jamais. Pour un certain nombre, le rythme est mitigé, c'est-à-dire les crises d'une certaine sorte surviennent à des intervalles qui leur sont propres, par exemple deux ou trois fois par semaine, mais en outre, le malade présente d'autres douleurs paroxystiques, qui affectent un rythme différent, par exemple mensuel ou bimensuel ; dans de tels cas, la localisation des douleurs n'est pas toujours la même et celles qui surviennent plusieurs fois par semaine par exemple, atteignent le membre fantôme, alors que les paroxysmes du type mensuel se cantonnent au moignon. ou *vice versa.*

Dans un très grand nombre de cas, le paroxysme douloureux s'accompagne d'*épilepsie du moignon ;* les contractions, le plus souvent cloniques, surviennent au moment précis où passe la douleur fulgurante et se relâchent dès que cède le paroxysme. Plus rarement le moignon présente des convulsions toniques et se met « en érection » pendant toute la durée de la crise.

Dans quelques cas l'épilepsie du moignon apparaît en dehors des crises douloureuses, soit spontanément, soit à l'occasion d'un faux pas ou d'un mouvement brusque, ou encore quand on frôle les téguments du moignon.

Le troisième type de douleurs associe les *algies continues et les crises paroxystiques ;* c'est de loin l'éventualité la plus fréquente, puisque nous l'avons rencontrée chez les 2/3 de nos malades ; il semble que cette forme clinique soit surtout l'apanage des amputations hautes, cuisse et bras.

La description que nous venons de donner s'applique évidemment aussi à cette catégorie d'amputés, qui ont le triste privilège de présenter un fond douloureux continu sur lequel se greffent des crises paroxystiques d'une violence parfois extrême.

Quels sont les facteurs qui déclenchent les crises algiques ? Dans la plupart des cas aucune précision ne peut être fournie quand on interroge les amputés, sinon que les douleurs s'accentuent ou affectent la forme paroxystique lors des perturbations atmosphériques : orages, périodes de neige, froid, humidité ; mais dans bien des cas les réponses sont contradictoires, ainsi le froid provoque des crises chez certain amputés, alors que d'autres signalent, au contraire, que les crises sont moins fréquentes en hiver qu'en été. Notons que quelques-uns de nos sujets attribuent une influence algogène à certaines phases de la lune.

L'examen de l'amputé algique comporte la recherche des signes locaux et l'établissement du bilan général.

Localement on apprécie l'état du moignon, la présence d'ulcérations presque toujours terminales, siégeant sur la cicatrice, torpides et peu douloureuses ; la coloration de la peau est très souvent altérée, on constate un degré variable de cyanose, allant parfois jusqu'à une teinte livide colorant une partie ou la totalité du moignon et débordant dans certains cas sur la racine du membre ; à cette cyanose correspond dans une forte proportion des cas, un abaissement de la température locale. Le moignon est souvent atrophié, cela se voit surtout chez les amputés de jambe, chez lesquels il n'est pas rare de noter une différence de 3, 4 et parfois 6 ou 7 centimètres et plus, entre le moignon et la cuisse du côté opposé ; fait à noter, cette atrophie est souvent précoce et nous l'avons observée chez des sujets dont l'amputation remontait à quelques mois.

Le névrome n'est pas toujours présent et nous avons dit plus haut que sa présence n'est pas toujours nécessaire à l'établissement des algies. Quand on le trouve, il peut être unique ou multiple (surtout au bras), grand tantôt comme un petit pois, tantôt comme un œuf de pigeon. Le plus souvent la pression est douloureuse et évoque dans la conscience de l'amputé les contours du membre fantôme.

La recherche des points douloureux à la racine du membre permet d'évaluer le degré de participation des racines du plexus au processus algogène ; chez nos amputés du membre supérieur, nous avons constaté l'existence très fréquente des points de Valleix le long de la colonne cervicale et des premières vertèbres dorsales et, de plus, un point douloureux dans la fosse sous-épineuse, à peu près à mi-chemin entre la colonne vertébrale et la cavité glénoïde. Du côté opposé à l'amputation, on trouve souvent des points similaires et aussi une hypersensibilité des troncs nerveux à la pression directe dans la gouttière bicipitale ou dans le défilé ischiatique ; le point d'émergence du nerf occipital est également souvent douloureux à la pression.

Le moignon, et particulièrement la zone terminale, est presque toujours le siège d'hyperesthésie, le malade ressent une sorte de courant électrique dès que l'on frôle la peau ; cette sensation se répercute souvent dans le membre fantôme et provoque des trémulations du moignon. Chez les amputés porteurs de cicatrices cutanées (blessures, appendicectomies) le moindre frôlement de celles-ci provoque également des sensations pénibles, et parfois aussi une répercussion douloureuse dans le moignon.

Tel est le tableau clinique des algies des amputés ; suivant le cas il restera immuable pendant toute la vie du sujet, après s'être constitué en quelques mois ou plusieurs années, ou il s'aggravera par l'apparition d'algies plus intenses, plus fréquentes ou à localisation nouvelle ; éventualité beaucoup plus rare et même exceptionnelle, à mesure que l'amputé avancera en âge, les algies perdront leur caractère aigu et finiront par disparaître presque complètement.

Les phénomènes algiques eux-mêmes ne constituent pas les seuls troubles que présentent les amputés et le plus souvent nos malades viennent nous consulter pour des symptômes très variés que nous désignons sous le nom de « troubles réflexes ».

Les troubles réflexes observés chez les amputés constituent un chapitre important de la pathologie générale et de la science médico-légale ; d'une part, ils extériorisent les répercussions parfois graves que peut entraîner un état algique permanent ; d'autre part, l'expertise et l'évaluation équitables de ces troubles sont souvent très difficiles à cause du mécanisme encore obscur de ceux-ci et de l'extrême polymorphisme qui les caractérise.

Nous envisagerons successivement les troubles nerveux, les troubles circulatoires, les troubles digestifs, enfin quelques autres troubles plus rares méritant une mention spéciale. Cette distinction est quelque peu artificielle car un seul et même mécanisme préside probablement à la pathogénie de tous ces phénomènes ; d'autre part, ces derniers sont le plus souvent associés chez le même sujet, ce qui rend impossible la description synthétique de diverses formes cliniques ; aussi nous bornerons-nous à décrire analytiquement ces diverses manifestations.

Troubles nerveux

Parmi les troubles moteurs, nous avons déjà parlé de l'épilepsie localisée au moignon ; l'épilepsie généralisée est beaucoup plus rare, nous l'avons cependant rencontrée chez plusieurs de nos malades et on trouve des observations semblables dans la littérature ; enfin, chez certains amputés on observe un tremblement généralisé au cours des crises et même au repos.

Les troubles *sensitifs* sont les plus fréquents et constituent le gros des doléances des amputés algiques. Il s'agit de *douleurs irradiantes* vers la racine du membre, vers le bassin pour les amputés de cuisse, vers la cuisse chez les amputés de jambe ; chez les amputés du membre supérieur ces irradiations sont encore plus fréquentes et s'orientent vers la nuque, le cou et la région dorsale. A signaler chez les amputés du membre inférieur, les répercussions douloureuses de l'effort de défécation, la miction et le coït, vers le moignon et le membre fantôme.

Les *douleurs à distance* sont également fréquentes et intéressantes à connaître. Chez certains amputés, elles sont localisées au *membre opposé* et sont parfois plus intenses que les algies elles-mêmes ; on les observe surtout chez les amputés du bras ; elles intéressent avec prédilection l'épaule, mais parfois le bras et même la main du côté opposé. Dans d'autres cas, les amputés se plaignent d'algies dans le membre homologue, ou controhomologue ; nous avons observé 8 cas de cette espèce, dont 7 amputés de cuisse.

Parmi les autres localisations, nous avons déjà parlé des douleurs de la nuque particulièrement fréquentes chez les amputés du bras, mais que l'on observe aussi chez les amputés du membre inférieur ; les douleurs faciales ont été notées chez 3 amputés de cuisse. Un certain nombre de nos sujets ont accusé des *douleurs thoraciques* du type intercostal ; signalons enfin, que dans 4 cas, nous avons constaté l'existence d'une *méralgie paresthésique*, il s'agissait de 2 amputés de cuisse, chez lequels la méralgie siégeait du côté opposé à l'amputation et de 2 amputés du bras dont l'un était atteint de méralgie bilatérale.

Nous avons dit plus haut que les amputés algiques présentent souvent une hyperesthésie des cicatrices éloignées du moignon ; l'hyperesthésie peut s'observer même sans cicatrice, témoin cet amputé qui avait une zone ne tolérant aucun contact et s'étendant depuis la racine du cou jusqu'aux lombes du côté opposé à la cuisse amputé.

Pour terminer ce paragraphe, signalons qu'un grand nombre d'amputés se plaignent de céphalées survenant au cours des crises paroxystiques et même en dehors de celles-ci ; dans certains cas il s'agit de véritables migraines.

Parmi les *troubles sensoriels*, assez graves, nous avons observé plusieurs cas d'hypoacousie, de vertiges allant jusqu'à la syncope ; enfin, un cas d'inégalité pupillaire avec myosis du côté amputé chez un mutilé du bras. Goulbekian a observé un cas similaire.

L'intensité et la persistance des algies finissent par avoir des répercussions sérieuses sur le psychisme des amputés et la grande majorité de ces malades présentent un état d'énervement, d'irascibilité et d'angoisse très prononcé, s'accompagnant souvent de troubles de la mémoire et de diminution de la capacité à l'effort intellectuel ; dans quelques cas on se trouve en présence de troubles mentaux nettement caractérisés.

Signalons enfin les *troubles sécrétoires ;* un certain nombre d'amputés signalent des crises de transpiration au cours des crises douloureuses, ou simplement quand ils compriment leur moignon.

Troubles circulatoires

Nous avons parlé précédemment des *troubles locaux ;* précisons que la cyanose est un phénomène très fréquent, qu'elle peut déborder largement le moignon lui-même et atteindre les segments susjacents. L'abaissement de la température est encore plus fréquent et pour un moignon chaud on trouve trois moignons froids ; ici encore, le phénomène déborde sur les parties avoisinantes et il n'est pas exceptionnel de constater, chez les amputés de cuisse, un refroidissement de la paroi abdominale basse et de la fesse du côté correspondant. Nous avons étudié l'indice oscillométrique chez 10 amputés dont 7 de jambe, 2 de bras et 1 de l'avant-bras et avons constaté une diminution nette de la tension dans le moignon ; dans certains cas même une absence totale de toute oscillation.

Les *troubles circulatoires généraux* extériorisent une instabilité circulatoire et s'observent dans un grand nombre de cas, tantôt ce sont des palpitations, tantôt il s'agit de douleurs précordiales avec ou sans angoisses, de tendances syncopales, d'étourdissements ; ces signes fonctionnels s'exacerbent au cours des crises douloureuses et prennent parfois une allure menaçante. A ces signes fonctionnels correspondent dans la majorité des cas (mais pas dans tous) des signes physiques : tachycardie, éréthisme cardiaque, parfois assourdissement des bruits, et surtout des modifications de la *tension artérielle*. En effet, sur 119 amputés algiques, nous avons observé une tension anormalement élevée (compte tenu de l'âge des sujets) dans 37 % des cas, proportion qui dépasse certainement celle que l'on aurait trouvée chez des sujets non amputés du même âge ; en effet, plus de la moitié de nos amputés étaient âgés de moins de 50 ans. Ni le siège de l'amputation, ni la hauteur de celle-ci ne semble jouer un rôle important dans l'incidence de l'hypertension. Nous avons comparé nos constatations et celles effectuées sur des amputés non algiques et avons conclu que chez les sujets qui souffrent, la proportion de tension élevée est plus grande que chez ceux qui ne souffrent pas. Il est à signaler que dans un certain nombre de cas, nous avons constaté une diminution de la tension primitivement élevée au fur et à mesure que les algies diminuaient d'intensité et de fréquence sous l'influence du traitement.

Troubles digestifs

Moins connus, et pourtant aussi fréquents sont les troubles digestifs chez les amputés algiques ; nous leur avons consacré un travail récent. Nous y avons signalé des troubles digestifs divers dans 68 % des cas examinés (137) ; il s'agissait de troubles subjectifs du type « hépatisme de Glénard » avec digestion lente, météorisme abdominal, alternatives de diarrhée et de constipation, somnolence après les repas ; dans d'autres cas, nous avons trouvé une hépatomégalie sans troubles digestifs. Ces perturbations s'observent dans toutes les catégories anatomiques d'amputation, mais semblent être un peu plus fréquentes chez les amputés du membre supérieur.

Nous attachons une importance toute particulière à ces troubles ; nous l'avons dit, ils permettent de saisir le mécanisme d'action thérapeutique de la vitamine B_1 que nous préconisons depuis longtemps comme un des meilleurs, sinon le meilleur traitement des algies des amputés ; en effet, nous admettons que les troubles digestifs, conséquence des algies persistantes et intenses, s'opposent à l'assimilation et à l'utilisation de la thiamine et créent ainsi un état de carence secondaire ; l'apport artificiel et abondant de la vitamine comble rapidement ce déficit, agit sur les algies et sur les perturbations digestives et rétablit ainsi l'équilibre physiologique.

Troubles réflexes divers

Il nous reste à envisager un certain nombre de troubles divers que l'on rencontre de temps en temps chez les amputés et qui sont susceptibles de créer des difficultés d'interprétation et de diagnostic. On a signalé dans la littérature un cas d'asthme dont l'épine irritative siégeait dans le moignon (Ricaud) ; nous avons vu récemment un malade, amputé de jambe, qui nous a déclaré être atteint d'asthme des foins et qui a été guéri par une injection de novocaïne dans le moignon.

Chez 4 de nos amputés, il existait une glycosurie plus ou moins durable ; des faits semblables ont été signalés dans la littérature.

Enfin, chez un de nos amputés de cuisse, nous avons constaté une rétraction de l'aponévrose palmaire ; bien entendu, nous concluons par une relation de cause à effet dans ce cas particulier. Nous pensons que ce fait méritait d'être signalé.

Il est évidemment difficile d'expliquer tous les phénomènes disparates que nous venons de décrire à moins d'adopter la théorie de Foerster, complétée par Sturm, selon laquelle les excitations continuelles des centres hypothalamiques algocepteurs déborderaient à la longue sur les centres voisins qui président à la circulation, au métabolisme de l'eau et aux mécanismes sécrétoires. Ainsi les algies des amputés représenteraient une maladie générale à manifestations multiples, mais très variables chez différents sujets.

Les problèmes qui se posent débordent largement le cadre de la médecine du praticien et se situent dans le cadre des répercussions lointaines de la douleur dont l'étude fut maintes fois entreprise, mais n'a pas abouti à des résultats positifs indiscutables.

D'autre part, on comprend pourquoi, en présence de manifestations aussi polymorphes, les médecins légistes hésitent à porter le diagnostic d'imputabilité et pourquoi tant de conflits juridiques s'élèvent entre les amputés et leurs médecins traitants d'une part et les juges des Tribunaux des Pensions d'autre part. Il serait à souhaiter que l'étude des problèmes que nous venons d'exposer rapidement soit entreprise sur une très vaste échelle et avec tous les moyens dont dispose la recherche biologique moderne.

CORRESPONDANCE

A propos d'une piqûre de guêpe

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je viens de lire dans la *Gazette* du 16 novembre l'article du Dr Brelet « A propos d'une piqûre de guêpe ».

Ce qu'il dit de la guêpe est également vrai de l'abeille.

J'ai eu, avant guerre, deux fois à intervenir pour des accidents anaphylactiques très graves, à la suite de piqûre d'abeille.

La première malade était une femme d'une soixantaine d'années auprès de qui j'ai été appelé parce qu'elle « s'étouffait ». Lorsque j'arrivai, une heure environ après la piqûre, je trouvai une femme extrêmement choquée, pâle, la figure bouffie, tout le corps œdématié, dont la respiration était très pénible, le pouls filiforme. Il existait un fort œdème de la glotte, des râles d'œdème pulmonaire. Je fis immédiatement une saignée et une injection d'adrénaline. Une demi-heure après tout était rentré dans l'ordre. Je pus alors interroger la malade et apprendre ainsi qu'il y avait plus de vingt ans elle avait été piquée par une abeille. Elle eut quelque peine à admettre la relation de cause à effet entre cette piqûre si ancienne et les accidents actuels. Elle me prêta une oreille plus complaisante lorsque je lui dis de faire attention à ne pas être piquée une troisième fois.

L'autre malade était une jeune fille de 17 ans, qui avait été piquée une première fois par une abeille quelques années auparavant et chez qui la seconde piqûre entraîna un urticaire généralisé, et un choc cardiaque traduit par une forte hypertension et de l'arythmie. La piqûre d'adrénaline fit disparaître instantanément les malaises mais l'arythmie persista quelques jours, chose qui m'étonna beaucoup chez cette jeune fille parfaitement saine et qui n'avait jamais présenté de troubles cardiaques. Fort belle jeune fille dont le buste était de la plus parfaite statuaire grecque et dont il aurait été bien dommage qu'une mouche à miel fit une infirme. Elle s'est mariée depuis, a eu des enfants et n'a jamais présenté le moindre signe de défaillance cardiaque.

Le processus paraît être le même, qu'il s'agisse d'une guêpe ou d'une abeille, mais chimiquement leur venin est-il le même ?

Dr P. Bonis
Le Moulleau, Gironde.

XIII[e] Congrès d'oto-neuro-ophtalmologie

Strasbourg, 4, 5 et 6 octobre 1946

Le congrès d'oto-neuro-ophtalmologie revêtait, cette année, une solennité toute particulière. Il s'est tenu en effet à Strasbourg, et ce premier congrès médical dans la capitale alsacienne libérée et meurtrie fut particulièrement émouvant. Dans la séance d'ouverture, le professeur Redslob, président du Congrès, salua d'abord les congressistes, venus fort nombreux, non seulement de France, mais encore de Suisse, de Belgique et de Hollande. Il montra toute la signification du choix de Strasbourg, où fut fondée, sous l'active impulsion du professeur Barré, la première société française d'oto-neuro-ophtalmologie et qui aujourd'hui, pour tous les Français et pour tous nos amis étrangers, constitue un véritable symbole. Après avoir rappelé que c'est dans ce même Institut d'anatomie où se tenait le congrès que les savants allemands firent leurs criminelles et inutiles expériences sur les déportés de Strüthof, il termina en un vibrant témoignage de son attachement à la France.

Le congrès était consacré aux manifestations oto-neuro-ophtalmologiques dans les hypertensions artérielles malignes *qu'exposèrent en de remarquables rapports le professeur Riser et ses collaborateurs.*

Il fut suivi d'une séance spéciale consacrée à la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de la Suisse romande.

Les manifestations O.-N.-O. dans les hypertensions artérielles malignes

I. *Rapport de neurologie*, par M. Riser (de Toulon).

Ce rapport est établi sur l'observation de mille malades régulièrement suivis.

1. La définition de l'hypertension artérielle maligne est malaisée. Pour la plupart des auteurs, il s'agit d'une forme anatomo-clinique autonome, telle que l'ont décrite les Américains et les Allemands.

Riser ne pense pas que le problème puisse être ainsi limité ; nous rencontrons quantité d'hypertensions artérielles paraissant bénignes pendant longtemps qui, brusquement, changent d'allure et évoluent comme les hypertensions artérielles malignes primitives.

Il paraît plus logique de déterminer ce syndrome de malignité de la maladie hypertensive, d'en préciser les éléments, qui seront systématiquement recherchés. Toutes les hypertensions artérielles, et surtout avant la soixantaine, qu'elles soient primitives ou secondaires, latentes ou connues, solidaires ou non, peuvent, à un moment donné, devenir brutalement malignes.

En dehors des glomérulonéphrites hypertensives, les manifestations vasculaires (coronariennes et centrales), rénales, méningo-cérébro-rétiniennes sont les mêmes dans tous les cas et absolument semblables à celles de l'hypertension artérielle maligne primitive des Américains.

2. Parmi les facteurs et signes de malignité, les facteurs et signes vasculaires sont les plus importants ; ils se groupent sous trois rubriques : l'hypertonie durable, l'artériose du type sténosant et les troubles de la perméabilité. Leur pathogénie et leur pronostic varient beaucoup suivant qu'ils sont l'un et l'autre accompagnés de signes d'insuffisance cardio-rénale, de déficit vasculaire cérébral, ou bien solitaires, isolés (avec l'hypertension artérielle, cela va de soi) ; ici, l'œdème cérébro-méningé et l'œdème papillaire relèvent d'un trouble très local de la perméabilité vasculaire rétinienne ou arachnoïdienne ; le pronostic en est très réservé certes, mais bien moins grave que dans le cas précédent. Parmi les signes tensionnels, le plus important est l'ascension précoce et régulière de *Mn*.

Les signes humoraux de malignité ont fait l'objet de travaux modernes considérables. Après une minutieuse vérification, le rapporteur rejette les conclusions de l'école de Volhard. Six fois il a transfusé rapidement 400 à 600 centimètres cubes de sang de différents types d'hypertendus à des sujets normaux, jeunes, coopérants ; dans aucun cas il n'a été possible de déceler ainsi une substance hypertensive.

Deux syndromes de malignité qui peuvent évoluer chez le même malade paraissent faciles à dégager :

a) Le *syndrome vasculaire exsudatif* constitué par une tension artérielle rétinienne et temporale rapidement élevée, des poussées d'œdèmes papillaire et méningo-cérébral qui peuvent évoluer avec une insuffisance cardio-rénale ou sans elle ; ces papillites œdémateuses, cet œdème arachnoïdien et du parenchyme (forme pseudo-tumorale de l'hypertension artérielle) sont toujours d'une haute gravité, mais leur pathogénie et leur pronostic changent beaucoup suivant qu'ils sont accompagnés d'*insuffisance cardio-rénale* ou non (papillite et *hypertension artérielle pseudo-tumorale* accompagnées ou isolées).

b) Le *syndrome vasculaire sténosant précoce*, surtout caractérisé par des claudications artérielles, cérébrales, rétiniennes, rénales et surtout coronariennes précoces, spasmes, vaso-dilatation passive, suivis bientôt de thromboses, d'endo-artérite, de lésions vasculaires graves ischémiant les parenchymes. Ici, la gravité est fonction du jeune âge ; ce syndrome n'a de *signification maligne qu'avant cinquante ans.*

3. Les accidents cérébro-méningés des hypertensions artérielles malignes sont extrêmement fréquents et importants : 40 p. 100 de malades les ont subis et 35 p. 100 sont morts de leur fait.

4. Il n'existe pas une formule anatomo-pathologique invariable propre aux hypertensions artérielles malignes.

5. La pathogénie reste très obscure, mais le rôle du rein paraît important.

6. Le traitement médical des hypertensions artérielles est tout à fait inopérant en dehors de quelque soulagement symptomatique et transitoire.

7. Le traitement chirurgical est basé sur le rôle probable d'une hypertonie vasculaire dans le territoire du splanchnique et de l'importance de la glande surrénale, quel que soit le type de l'hypertension artérielle, qu'il est nécessaire de minimiser. Telle est la prétention des énervations et des décapsulations rénales, de la surrénalectomie bilatérale et subtotale, ou totale unilatérale, des diverses splanchnicectomies.

Il est extrêmement difficile de juger les résultats opératoires.

a) Les contre-indications paraissent être toutes les hypertensions artérielles arrivées au stade de « maladie de Bright », avec hypertension cranienne « accompagnée ».

b) Les indications paraissent être les suivantes :

Impératives, au cours de glomérulo-néphrites, quand une poussée d'oligurie bloque le rein ; incontestables ou très défendables en cas de troubles fonctionnels importants et durables, sans insuffisance cardio-cérébro-rénale patente ; l'hypertension artérielle pseudo-tumorale isolée peut rentrer dans ce goupe ;

Très défendables encore en cas d'hypertension artérielle solitaire qui, avant la soixantaine, prend une allure maligne dont les signes les plus précoces nous paraissent être l'élévation progressive de *Mn*, les éclipses et claudications vasculaires spontanées ou après épreuves d'effort, l'œdème papillaire, sans attendre la grande rétinopathie. Le choix de l'intervention reste très discuté ; la surrénalectomie unilatérale gauche et la splanchnicectomie du côté opposé ont notre préférence ; mais les résultats annoncés par Peet (splanchnicectomie sus-diaphragmatique en un temps) sont tels que les auteurs exécuteront systématiquement cette intervention.

La précocité des interventions sera certainement un facteur décisif ; évidemment, elle implique des examens répétés extrêmement précis, parmi lesquels il faut placer au premier plan les courbes comparatives de *Mn* prises dans les mêmes conditions et suivant la même technique, l'exploration régulière du fond d'œil, quatre fois par an, les épreuves cardiaques d'effort.

II. *Rapport d'ophtalmologie*, par MM. Couadau et Planques (Toulouse).

L'examen ophtalmoscopique répété joue un rôle essentiel dans l'établissement du bilan d'une hypertension artérielle. Le syndrome de malignité le plus assuré est caractérisé par l'œdème méningé rétinien du pôle postérieur ou méningo-rétinien.

Les hypertensions artérielles comportent des signes oculaires très importants dans 80 p. 100 des cas, qu'elles soient primitives ou secondaires.

a) La clinique comme l'anatomie pathologique permettent de distinguer une hypertension artérielle, avec artériose sténosante, précoce (trente-cinq à cinquante-cinq ans), surtout coronarienne et cérébrale, à évolution progressive. Dans ce cas, l'étude du fond d'œil montre, avant toute chose, la hauteur particulièrement disproportionnée et la progression rapide de l'hypertension artérielle rétinienne.

b) Un second groupe d'hypertensions artérielles plus malignes encore comprend :

D'une part, les hypertensions artérielles primitives des Américains ;

D'autre part, les hypertensions malignes secondaires, non primitivement rénales, qui succèdent à de nombreuses variétés d'hypertension artérielle « essentielles » ou symptomatiques.

Dans les deux cas, on décèle une même lésion capillaire du fond d'œil : la papillo-rétinite d'abord fruste, puis complète, puis étendue à tout le pôle postérieur de l'œil sous forme d'un syndrome exsudatif hémorragique très important.

On peut distinguer une papillo-rétinite isolée, sans hypertension cranienne, ni insuffisance cardio-rénale, beaucoup moins grave à échéance immédiate que la papillo-rétinite accompagnée de ces signes qui soulignent la défaillance des trois grands parenchymes : cerveau, cœur et rein.

Un des points les plus intéressants de l'hypertension maligne est, en effet, constitué par les « poussées de papillo-rétinite » et les régressions qui leur font suite.

c) Les glomérulonéphrites chroniques ou subaiguës, ou même aiguës, ne donnent, en règle très générale, de signes rétiniens qu'au prorata de l'hypertension générale qu'elles provoquent (c'est dire que des cas très graves peuvent laisser le fond d'œil normal).

Dans la glomérulonéphrite chronique, ces signes sont tardifs à l'égard de l'évolution générale de la maladie.

Toutes les causes précédentes de papillo-rétinite peuvent engendrer l'aspect de stade chez l'hypertendu. Cet aspect peut être très difficile à distinguer d'une stase tumorale. La pathogénie de celle-ci et de la papillo-rétinite à forme de stase est d'ailleurs la même : l'hypertension cranienne forte. Mais, souvent, la papillo-rétinite à forme de stase se complète assez rapidement ; l'œdème déborde loin de la papille ; loin de la papille encore, on observe, isolés, des exsudats, des hémorragies, des lésions artérielles notables. Voilà des caractères discriminatifs avec la stase tumorale banale beaucoup plus valables que les chiffres de la tension artérielle rétinienne, qui peuvent être bas ou élevés.

La pathogénie toxique de la papillo-rétinite ne peut être acceptée ; un appoint toxique peut seulement la favoriser.

L'hypertension cranienne n'a qu'un rôle favorisant — d'ailleurs important — et localisateur de l'œdème.

Volhard a proposé l'explication angiospastique, qui a reçu un crédit très étendu et bien justifié.

Tout en acceptant l'explication de Volhard, les auteurs font remarquer que, dans l'hypertension générale, la tension dans les branches initiales de l'artère centrale s'élève plus qu'en tout autre point de l'économie, relativement à ses chiffres normaux. Si les lois de Starling sont vraies, c'est en ce point, plutôt qu'en un autre, que s'épanchera l'œdème, si des tendances générales des tissus à l'œdème surviennent.

III. *Rapport d'O.-R.-L.*, par M. Favre (Toulouse).

1° L'hypertension artérielle en général, quel que soit son mécanisme, et l'hypertension artérielle maligne en particulier, quel que soit son type clinique, n'ont qu'une action très limitée, voire douteuse, sur l'appareil cochléo-vestibulaire.

Les vertiges des hypertendus ne sont pas des vertiges labyrinthiques dans l'immense majorité des cas.

Le grands paroxysmes hypertensifs peuvent réaliser la surdité par hémorragie labyrinthique ; en dehors de ces cas, l'hypertension artérielle permanente maligne, sans insuffisance rénale, n'intéresse pas l'appareil cochléaire ; par contre, l'élément toxémique réalisé par l'insuffisance rénale surajoutée détermine parfois une labyrinthotoxie ; celle-ci n'est pas différente des labyrinthotoxies pures, sans hypertension artérielle.

2° Epistaxis et suffusions sanguines manquent dans les trois quarts des cas d'hypertension artérielle maligne ; elles ne constituent pas un signe assuré de malignité ; cependant leur apparition précoce, chez de jeunes hypertendus, commande un pronostic réservé, et la recherche systématique, répétée surtout, des autres signes de malignité.

DISCUSSION DES RAPPORTS

M. Puech (Paris) souligne l'importance des formes pseudo-tumorales isolées, dont il a observé 18 cas ; la méningite séreuse en constituait le substratum dans 15 cas, dont 8 à l'état isolé ; dans les autres cas, il s'agissait d'œdème cérébral, qui n'existait à l'état isolé qu'une fois, ou d'hypertension ventriculaire. En cas de méningite séreuse, l'intervention neuro-chirurgicale donne de bons résultats. L'auteur note 12 succès, 3 insuccès et 3 échecs ; les succès portent à la fois sur l'hypertension artérielle, la tension artérielle et les troubles visuels.

M. le professeur Delmas-Marsalet (Bordeaux) a observé plusieurs cas d'œdème papillaire prolongé idiopathique d'aspect pseudo-tumoral.

M. de Sèze (Paris) a fait pratiquer deux splanchnicectomies avec échec complet. Il souligne l'intérêt de l'intervention neuro-chirurgicale sur les hématomes en cas d'accident vasculaire.

M. le professeur M. Weiss (Strasbourg) a pratiqué dix fois l'opération de Peet et dix fois la splanchnicectomie sous-diaphragmatique avec des résultats équivalents. Il n'a aucune expérience de la technique de Smithwick. La grande variabilité des résultats empêche de fixer un pronostic.

M. Dereux (Lille) adopte la classification de Riser et souligne la gravité plus grande des formes accompagnées. Il distingue le rôle pathogénique de l'œdème passif et de l'œdème actif, le plus grave.

M. Renaud (Paris) souligne l'intérêt qu'il y a à distinguer les papillorétinites pures et accompagnées ; la stérilité peut jouer un rôle important.

M. le professeur Jentzer (Genève) pense que la constitution du malade joue un rôle important. Il serait intéressant de prévoir la transformation maligne d'une hypertension. Il rapporte trois cas améliorés cliniquement et fonctionnellement par la surrénalectomie.

M. le professeur Fontaine (Strasbourg) apporte une statistique de 40 malades opérés avec 64 interventions diverses (splanchnicectomies, surrénalectomies, décapsulations). Il compte 18 malades ayant survécu depuis deux à cinq ans et ayant retiré un bénéfice important de l'intervention. L'amélioration a été surtout subjective, mais a porté également, dans un nombre important de cas, sur la tension de l'artère rétinienne et sur la tension artérielle. Il souligne l'intérêt de l'exploration des surrénales et celle du rein lorsque le malade peut les supporter.

M. Thunel (Paris) fait une étude physiologique des œdèmes cérébro-méningés et montre le rôle dans quelques cas de la vasodilatation paralytique et du déficit circulatoire local.

M. Tavernier (Paris) montre l'action limitée du volet décompressif. Il a pratiqué dans 10 cas l'opération de Peet avec une mortalité nulle, une importante amélioration fonctionnelle et une importante baisse de la tension artérielle et de la tension de l'artère rétinienne.

M. Halphen (Paris) considère que l'hypertension peut jouer un rôle dans certains vertiges.

M. Fritz (Bruxelles) discute la pathogénie de la rétinite hypertensive.

M. J. Lereboullet (Paris) souligne l'intérêt des interventions décompressives dans les formes pseudo-tumorales, dans lesquelles la méningite séreuse, à elle seule, est responsable de la plus grande partie du tableau clinique et peut conduire rapidement à la cécité. Il rapporte deux observations particulièrement démonstratives dans lesquelles cette intervention fit disparaître définitivement tous les symptômes neurologiques et ophtalmologiques, mais n'eut qu'une action temporaire sur l'hypertension artérielle.

M. Streif (Lausanne) montre combien il est difficile, en cas de réinite diabétique, de savoir ce qui revient à l'hypertension et ce qui revient au dabète.

M. Vassal (Charleville) souligne l'importance des hypertensions locales.

M. Sedan (Marseille) pense que des poussées aiguës de papillorétinite peuvent faire prévoir l'aggravation de l'hypertension.

M. Koutzeff (Toulon) souligne le rôle de la dysfonction hypophysaire.

M. Bessière (Bordeaux) considère les thromboses veineuses de la rétine comme des accidents locaux.

M. Paillas (Marseille) souligne la difficulté du diagnostic des formes pseudo-tumorales ; le grand volet décompressif donne souvent des désastres, et l'auteur lui préfère la décompression sous-temporale, qui n'est supportée qu'en cas de méningite séreuse.

M. le professeur Portmann (Bordeaux) pense que les organes auditifs ne sont sensibles qu'à de très fortes modifications vasculaires du fait de l'écran que constitue le liquide endolymphatique ; un examen otologique précis est indispensable pour les déceler.

M. Franceschetti (Genève) confirme les conclusions des rapporteurs et souligne l'importance de l'hypertension relative de l'artère rétinienne.

COMMUNICATIONS

M. le professeur Riser, en réponse aux diverses interventions, précise qu'il y a lieu de faire une distinction entre l'œdème cérébral et les méningites séreuses, ces dernières étant de pronostic beaucoup moins grave. Il est indispensable de distinguer la stase de l'œdème. Il insiste sur les symptômes qui permettent de déceler une transformation maligne de l'hypertension : recherche des claudications intermittentes par l'épreuve d'effort du cœur à l'adrénaline, recherche des signes neurologiques déficitaires et surtout constatation d'une montée progressive de la tension artérielle rétinienne minima, d'autant plus grave que le sujet est plus jeune ; il est nécessaire de pratiquer un examen oculaire tous les deux mois.

M. le professeur Alajouanine et M. R. Thurel (Paris) présentent des coupes d'œdème cérébro-méningé.

M. Neuenschwander (Zurich) présente des photographies de fond d'œil.

M. le professeur Redslob (Strasbourg) souligne l'importance de l'hypertension artérielle minima dans les stases d'origine artérielle ; on ne la retrouve pas dans la stase tumorale.

MM. le professeur Roger et P. Mouren (Marseille) montrent le polymorphisme clinique des hémorragies méningées à répétition chez les hypertendus et montrent la difficulté de leur diagnostic avec les tumeurs cérébrales hémorragiques et les anévrysmes intracraniens.

MM. le professeur Jeandelize et P. Michon (Nancy) montrent la rareté des symptômes nerveux irritatifs au cours de l'hypertension artérielle maligne. Ces symptômes peuvent cependant se faire jour et simuler une localisation tumorale.

M. TROTOT (Paris) étudie le traitement chirurgical de l'hypertension artérielle maligne par le volet décompressif, qui constitue un traitement palliatif d'urgence, mais de portée limitée.

MM. SUBIANA et TOLOSA (Barcelone) rapportent un cas d'hypertension artérielle par méningiome parasagittal.

M. F. ROHMER (Strasbourg) étudie les variations de la tension artérielle chez les hypertendus sous l'influence de l'épreuve rotatoire.

M. le professeur EUZIÈRE et M. PAGÈS (Montpellier) précisent les rapports de l'hypertension artérielle maligne et du nanisme rénal, et montrent l'importance de l'examen ophtalmologique.

MM. BESSIÈRE et BERGOUIGNAN (Bordeaux) étudient les rapports entre la rétinite diabétique et l'hypertension.

MM. P. SOURDILLE et COLAS (Nantes). — Du mécanisme de l'atrophie optique dans l'oxycéphalie.

M. le professeur R. CRUCHET (Bordeaux). — Comment faut-il considérer aujourd'hui les manifestations oto-neuro-ophtalmologiques de l'encéphalite épidémique.

M. STREIF (Lausanne). — Neurofibromatose et hémangiome cutané associés.

MM. le professeur BONNET et R. HUGONNIER (Lyon). — Considérations cliniques sur les dégénérescences rétiniennes et cérébro-rétiniennes. L'unité nosologique de ces dégénérescences.

MM. JÉQUIER et P. ZWAHLEN (Lausanne). — A propos de la sclérose en plaques. Deux cas d'évolution aiguë et mortelle chez l'adulte.

M. G. G. SAVOY (Bâle). — Propriétés anticonvulsivantes comparées des sels d'hydantoïdine.

M. BANTSCHI-ROCHAIX (Berne). — La migraine cervicale post-traumatique et ses rapports avec le syndrome sympathique cervical postérieur de Barré.

MM. P. WELTER et BALLIVET (Dijon). — Abcès cérébelleux otitique favorablement influencé par sulfamidothérapie ; guérison après intervention.

M. W.-D. SCHENK (Hollande). — L'écorce cérébrale d'un sourd-muet.

MM. ZWAHLEN, JEQUIER, RAYMOND et CROUZAT (Lausanne). — Tumeur mycosique de la région chiasmatique.

MM. GIROIRE et CHARBONNEL (Nantes). — Contribution à la forme vestibulaire des tumeurs du IVe ventricule.

MM. SUBIANA et OLIVA DAURELLA (Barcelone). — Sur un cas de syndrome de Weill-Reys (*alias* Adie) associé à des syndromes diencéphaliques chez une syphilitique.

Jean LEREBOULLET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1946

Rapport sur les services de vaccination antivariolique pendant l'année 1945. — M. BENARD. — Discussion : MM. Martel, Armand-Delille.

Rapport au nom de la commission des médicaments formulés par les chirurgiens, dentistes et sages-femmes. — M. LE LORIER.

Le groupement pathogénique des allergies cutanées. Une forme nouvelle : Allergie nodulaire dermique papuleuse annulaire. — M. GOUGEROT. — Les allergies cutanées, classiques ou nouvelles, paraissent de plus en plus fréquentes depuis qu'on les recherche systématiquement ; elles peuvent léser les différents plans cutanés et aller de l'érythème simple et du nodule jusqu'à la nécrose caractérisant le phénomène de Koch.

Il existe une forme non encore décrite : allergie nodulaire dermique papuleuse et annulaire caractérisée par une coloration blanche parfois mêlée de rouge, de violet ou de jaune, une papule plate de dureté ligneuse progressant excentriquement et formant des anneaux. Elle doit être distinguée des urticaires, des érythèmes polymorphes, des érythèmes papuleux extensifs. Elle tend à se rapprocher de la maladie trisymptomatique et des autres allergies.

Quelle que soit l'étiologie de telles affections leur pathogénie allergique commande la conduite thérapeutique.

La pénicilline dans le traitement des affections du foie et des voies bilaires. — MM. CHABROL, SALLET, PERGOLA et FALLOT. — Relation de cinq observations d'ictères fébriles dont la disparition complète par la pénicilline laisse supposer l'action de germes anaérobies ou de pyogènes proches du streptocoque.

Les cinq malades étaient atteints d'angiocholite lithiasique, et d'une agranulocytose du type de la maladie de Schutz, avec cirrhose hépatosplénique compliquée d'ictère, d'ascite, de polynévrite et d'un état septicémique se prolongeant trois ans et rappelant la maladie d'Osler. La biopsie de la rate et du foie très augmentés de volume a montré de la phlébite portale.

Dans tous ces cas la pénicilline, en une semaine, fit disparaître la fièvre, l'ictère et l'anasarque.

Les pouponnières d'adaptation dans la lutte contre la mortalité infantile. — MM. BÉTHOUX et BOURGEOIS (présentation faite par M. R. RENAULT). — Ces pouponnières sont créées pour recevoir des bébés qui ne peuvent rester avec leur mère et doivent être adaptés à l'allaitement artificiel. L'Œuvre Grenobloise de la Protection de l'enfance reçoit les enfants depuis l'âge de 15 jours jusqu'à 2 ans, de diverses catégories : enfants sevrés à séparer de leur mère ou abandonnés, enfants en dépôt, enfants chétifs, enfants issus de foyers de tuberculeux, de déportés, de fusillés, etc. Après quarantaine à l'entrée, ils sont répartis, selon leur état, dans divers services d'aménagement approprié. L'examen médical, radiologique et sérologique est pratiqué systématiquement. Dans 60 % des cas l'adaptation est faite à un lait de vache particulièrement surveillé, le cas échéant on donne du lait de femme. L'adaptation des sujets normaux est accomplie en trois mois environ ; il est plus long pour les autres. Ils sont ensuite placés de diverses façons par des organismes spécialisés.

Les statistiques de mortalité de 1943 à 1945 se sont montrées des plus satisfaisantes. Discussion : MM. Lesné, Armand-Delille.

La pathogénie de la rétinite pigmentaire — M. REDSLOB (présentation faite par M. Rochon-Duvigneaud). — Il s'agit non d'une affection uniforme mais de deux groupes distincts : l'un affection purement oculaire, l'autre faisant partie d'un syndrome au sein d'une affection beaucoup plus vaste atteignant l'encéphale (région mésencéphalique) et les glandes endocrines). Cette dernière est héréditaire. La première se développe après des infections ou des traumatismes et a une évolution beaucoup plus rapide.

Le traitement de l'hydrophtalmie. — M. REDSLOB (présentation faite par M. Rochon-Duvigneaux). — La diathermo-coagulation perforante du corps ciliaire soit par la technique de Vogt soit par celle plus simple de l'auteur, donne de meilleurs résultats que la sclérotomie antérieure, même sans l'aide de myotiques dans les cas d'hydrophtalmie et dans certains glaucomes. Elle permet dans certains cas à la pilocarpine antérieurement inefficace de retrouver son efficacité.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 27 NOVEMBRE 1946

A propos de la chirurgie de l'œsophage thoracique. — M. A. MOUCHET apporte les observations qu'il a pu faire lors d'un récent séjour aux Etats-Unis ; la technique habituelle est la résection trans-thoracique gauche avec anastomose œsophago-gastrique immédiate-termino-latérale en deux ou trois jours. Pour les tumeurs hautes les auteurs utilisent la mobilisation de l'aorte par ligature de plusieurs artères intercostales. Il faut éviter de libérer l'œsophage trop haut pour conserver sa vascularisation. La libération de l'estomac est faite par phrénotomie après écrasement du phrénique. Sweet considère comme légitime la résection palliative qui permet aux malades de s'alimenter jusqu'au terme de leur vie.

M. CAUCHOIX fait des réserves sur l'emploi du bouton comme procédé d'anastomose.

Fistulo-gastrotomie pour fistule pancréatique. — M. COUDRAIN. — M. Sicard rapporte cette observation dans laquelle la fistulisation était secondaire à la marsupialisation d'un faux kyste. M. Sicard a observé un cas dans lequel la fistule prenait son origine à la face postérieure du pancréas.

M. Ameline oppose les fistules pancréatiques après gastrectomie et celles après tumeurs du pancréas.

M. Brocq, dans un cas très difficile, a fait une fistulo-gastrostomie tunellisant le trajet fistuleux très court au moyen d'un drain.

La brièveté du trajet fistuleux crée une difficulté considérable.

Note sur un cas d'allongement d'un cubitus agénésique par l'extrémité supérieure du radius congénère apparemment exubérant. — M. DELCHEF. — Rapport de M. Leveuf qui souligne qu'en plus cette malade présente des exostoses ostéogéniques strictement unilatérales, ce qui est exceptionnel. Cette malformation du cubitus est d'ailleurs très particulière, qui peut se transmettre héréditairement.

Résultat éloigné d'une anastomose choledoco-duodénale. — M. SÉNÈQUE présente une intéressante observation dans laquelle l'anastomose faite depuis trois ans, a donné un bon résultat.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 8 NOVEMBRE (*fin*)

Deux nouveaux cas d'ictères catarrhaux avec œdèmes. — MM. CACHERA et GERBAUX. — Il s'agit de deux cas superposables à ceux qui ont été publiés en 1936 par MM. Caroli, Cachera et Deparis, sous le nom de formes hydropiques de l'ictère catarrhal. Il s'agissait d'hépatites bénignes. C'est la bénignité qui est le point important dans l'évolution de ces cas, l'œdème ayant disparu spontanément et l'hépatite ayant guéri dans les deux cas. Enfin dans les deux nouvelles observations apparut une dissociation entre la marche évolutive de l'ictère et celle de la rétention d'eau. L'hépatite peut donc produire l'ictère, puis l'hydropisie, comme s'il y avait une atteinte dissociée de deux fonctions distinctes.

Résultat du traitement de 55 cas d'endocardite infectieuse lente par la pénicilline. — MM. DONZELOT, KAUFMANN et ESCALLE. — Résultats obtenus à la clinique cardiologique avec un recul de un an à quatre mois. Guérison 42, rechute en évolution 1, malades encore fébriles 6, décès 6. La guérison impose une triple réserve : possibilité de rechute de l'état infectieux, pronostic rénal, pronostic cardiologique très variable.

A rapprocher de l'observation de MM. Lemierre, Reilly, Morin et Alison, sur un cas *d'endocardite lente traité sans succès par la pénicilline*, mentionnée dans notre dernier numéro.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 15 OCTOBRE 1946

Volumineuse uretéro-hydronéphrose opérée sur un rein unique. — M. MARCEL.

Albuminurie et azotémie anciennes par volumineuse uretéro-hydronéphrose bilatérale. Opération. — MM. MARCEL et MARCHE insistent à propos de ce cas sur l'importance du retard de développement.

Deux cas de myatonie grave. — M. WEILL-HALLÉ présente deux enfants d'une même famille atteints de myatonie grave et de cataracte congénitale. Le déficit intellectuel est important chez chacun d'eux. Il apporte les tracés de l'électromyogramme et de l'encéphalogramme.

La forme cachectisante chronique du cranio-pharyngiome. — MM. LAUNAY, CHADEUTAUD et d'ŒLSNITZ ont observé une cachexie chronique qu'en l'absence de toute autre cause possible ils rattachent au cranio-pharyngiome.

Puberté précoce chez une fille de trois ans. Discussion étiologique. — MM. LAUNAY, SATGE et D'ŒLSNITZ rapportent l'observation d'une enfant qui fut réglée en 1944 à l'âge de 3 ans. Son poids et sa taille étaient alors ceux d'une enfant de 8 ans ; elle mesure actuellement (5 ans 1/2) 1 m. 39 et pèse 30 kgr. Ils ont étudié l'élimination urinaire des hormones gonadotropes avant et pendant la puberté. En l'absence de toute étiologie tumorale ou nerveuse possible, ils concluent au diagnostic de puberté précoce essentielle.

Les engelures pendant l'hiver de 1946 dans un groupe scolaire parisien. Etude statistique. — Mlle TISSERAND et M. SUCHET, dans un groupe scolaire comprenant 410 filles et 211 garçons, ont trouvé une proportion de 21,7 % d'engelures chez les premières et de 13,8 % chez les seconds. Malgré l'amélioration du régime, ces chiffres sont peu différents de ceux observés en 1941 et 1944. Ils éliminent l'influence du degré hygrométrique de l'atmosphère, mais retiennent le rôle prépondérant de la température cutanée.

Hypotonie musculaire dans la méningite cérébro-spinale épidémique. — MM. DEBRÉ, THIEFFRY et Mlle DOUMIC décrivent un syndrome particulier survenant au cours de la méningite cérébro-spinale et nécessitant un traitement particulier, différent du traitement étiologique. Il est caractérisé par l'apparition d'une torpeur allant jusqu'au coma, accompagnée de convulsions, d'hyperthermie, de déshydratation avec soif vive ; les contractures disparaissent, la nuque est parésiée, les fontanelles ne sont plus tendues, les réflexes tendineux sont abolis. La ponction lombaire est difficile ; le liquide céphalo-rachidien est hypotendu ; il y a collapsus ventriculaire. Ce syndrome évolue par poussées successives et peut aboutir à la mort. Il guérit par réhydratation du malade au besoin, par perfusion.

NOTES DE MÉDECINE PRATIQUE

Réduction des luxations récentes antéro-internes de l'épaule par la rotation externe lente (Procédé de douceur sans anesthésie).

Sous ce titre, M. J. DOR (de Marseille), publie dans la *Revue d'orthopédie* (tome XXXII, n°s 3-4, mai-août 1946), un article dans lequel il expose que lui, ses élèves ou les médecins auxquels il l'a appris ont pu réduire sans difficulté plusieurs centaines de luxations récentes de l'épaule. Il utilise le deuxième temps de la méthode de Kocher : la rotation externe, temps essentiel. Dans ce mouvement la tête humérale est ramenée en face de la déchirure capsulaire et la fait bâiller. Si, la rotation externe obtenue, on ajoute une très légère projection du coude en avant, la réduction est obtenue. Mais, alors que dans le Kocher on procède brusquement, ici tout doit être fait avec lenteur et douceur, pour ne pas éveiller de contracture musculaire, seul obstacle à la réduction.

Le malade est couché, on le prévient que l'on va simplement l'examiner. On saisit délicatement, entre le pouce et l'index, d'une main le coude, de l'autre le poignet. Le coude fléchi à angle droit, on le porte doucement en avant, tandis que le poignet est amené insensiblement en dehors « et sans à aucun moment donner l'impression d'une manœuvre de réduction ». Si le malade a une contraction de défense, il faut recommencer la manœuvre, sans chercher à conserver la rotation acquise. Le plus souvent, avant d'arriver à une rotation de 90°, on perçoit un ressaut net : la tête est en place.

Naturellement une radiographie devra être faite avant la réduction pour éliminer sûrement une fracture humérale. Cette méthode ne s'adresse qu'*aux cas récents*, datant au maximum de 48 heures.

M. L.

Programme des Cours

Professeur Guiart : Histoire du Thermalisme.

Professeur Chambon : L'eau au point de vue chimique et physique.

Professeur agrégé Pillault : Les procédés d'analyse physique des eaux minérales.

M. Netien : Hydro-géologie.

Professeur Hermann : Les procédés d'étude expérimentale de l'action des eaux minérales.

Professeur Enselme : Procédés d'étude biochimique de l'action des cures thermales et climatiques (deux leçons).

Professeur Morel : Analyse et contrôle physico-chimique des eaux minérales.

Docteur Milhaud : Propriétés biologiques des eaux minérales. Les eaux radio-actives.

Professeur agrégé Sohier : Des conditions de la pureté bactériologique des eaux. Analyse et contrôle.

Professeur Delore : Le froid en climatologie biologique et médicamenteuse.

Professeur Hermann : Données physiologiques de l'action de la pression atmosphérique et de ses variations.

Méd. colonel Grandpierre : Les effets physio-pathologiques de la haute altitude.

Méd. comm. Gallouin : Le traitement de certaines affections par la haute altitude.

M. Striffling : Masses d'air. Fronts. Cyclones. Electricité atmosphérique. Microclimats. Techniques d'étude des climats. Organisation des services météorologiques.

Docteur Milhaud : Les grands climats maritimes français. Eléments constitutifs : bases de leur action physiologique et thérapeutique. Indications et contre-indications respectives (deux leçons).

Professeur Piery : Le climat urbain. Adaptation aux climats.

Professeur Delore : Les grands climats de montagne français.

Professeur Mouriquand : Les syndromes météorologiques. Indications et résultats des cures hydro-minérales dans les maladies de l'enfance.

Docteur Dumarest : Le traitement de la tuberculose pulmonaire à l'altitude.

Docteur Lowys : Cures climatiques spécialement d'altitude chez l'enfant. Stations climatiques pour enfants de la région Rhône-Alpes.

Professeur agrégé M. Berard : La chirurgie en sanatorium.

Docteur Valin : Traitement hydro-climatique de l'asthme.

Professeur Delore : Cures thermales et sénescence.

Professeur Savy : Cures hydro-climatiques et maladies de l'intestin et de l'estomac.

Docteur Dufourt (de Vichy) : Action des cures thermales et climatiques sur les fonctions hépato-biliaires.

Professeur Cade : Hydro-climatologie et métabolisme de l'eau. Cures de diurèse.

Professeur agrégé Jourdan : Circulation sanguine et cures hydro-climatiques.

Professeur Gate : Cures hydro-climatiques en dermato-vénéréologie.

Docteur Folliet : Indications et techniques des cures thermales dans les rhumatismes.

Docteur Vieux : La neuro-psychiatrie à Divonne.

X... : Boues et fangothérapie.

Professeur Delore : La crise thermale.

Professeur Morenas : L'hygiène des stations thermales et climatiques.

X... : Hôpitaux thermaux militaires.

Professeur Hermann : Les bases physiologiques de l'hydrothérapie.

Docteur Balme : Les pratiques courantes d'hydrothérapie dans les établissements thermaux. Douches générales et locales.

Docteur Graber-Duvernay : Indications et résultats thérapeutiques du massage (deux leçons).

Professeur Josserand : Géographie pathologique.

Professeur Delore : Le thermo-climatisme social.

Docteur Diffre : Maisons médicales d'enfants.

Professeur Delore : Etablissements climatiques d'enseignement.

Professeur Garin : Les stations thermales et climatiques de la France d'outremer.

Professeur Delore : Les grands problèmes du thermo-climatisme français.

Démonstrations pratiques

Analyses physiques des eaux minérales.

Analyses bactériologiques des eaux minérales.

Visites à la station météorologique de Bron-Aviation et à l'Observatoire de Saint-Genis-Laval.

Démonstrations cliniques sur les rhumatismes chroniques, les affections pulmonaires chroniques et les affections hépato-biliaires au Centre d'orientation et de triage des cures thermales.

Démonstrations pratiques sur l'hydrothérapie et le massage.

Techniques des aérosols.

Présentation d'un caisson à dépression atmosphérique.

Les cours seront terminés fin mars.

L'examen final pour l'obtention du certificat d'Hydrologie thérapeutique et de Climatologie aura lieu courant avril.

Le registre d'inscription sera ouvert au secrétariat de la Faculté de Médecine de Lyon du 5 janvier au 20 janvier 1947.

Un voyage d'études aux stations thermales et climatiques de la région des Alpes est prévu. Il sera strictement réservé aux élèves ayant obtenu le certificat.

LIVRES NOUVEAUX

Les sulfamides en oto-rhino-laryngologie, par M. le professeur J. Terracol, de Montpellier. Un vol. in-8° de 188 p. Prix 140 fr. Masson et C°, éd., Paris, 1946.

Endocrinologie de la gestation, par Robert Courrier, membre de l'Institut de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France. Un vol. gd in-8° de 396 p. Prix 465 fr. Masson et C°, éd., Paris, 1946.

INTERETS PROFESSIONNELS

Association générale des Médecins de France

60, boulevard Latour-Maubourg, Paris (7e)

L'Association générale, groupant ses quatre-vingt-dix Sociétés mutualistes, a tenu le 17 novembre, à son siège social, 60, boulevard Latour-Maubourg, sous la présidence du professeur Baudouin, son Assemblée générale annuelle qui a réuni de nombreux délégués de province et a eu pour objet la discussion des questions actuelles de l'entraide.

Dans la distribution des secours, elle a fait un effort qui s'amplifiera avec l'augmentation des cotisations, malgré le difficile problème, non encore actuellement résolu, du cumul des cotisations d'entraide. Les subventions aux Sociétés départementales, dès cette année, dépassent souvent par allocataire secouru 8.000 francs, qui s'ajoutent au secours accordé par la Société elle-même.

Les délégués ont vivement manifesté, par ailleurs, leur émotion de voir le plan de sécurité sociale anéantir les projets et les avantages acquis de la profession, spécialement en matière d'allocations familiales, et leur désir de voir généraliser dans le cadre professionnel l'œuvre de secours de l'A. G. et ses institutions de prévoyance (indemnité de maladie et longue maladie, invalidité-décès, retraites individuelles).

En conséquence, l'ordre du jour suivant a été voté à l'unanimité :

Les Sociétés de l'Association générale des Médecins de France, réunies en Assemblée générale le 17 novembre :

1° Réclament l'action concertée du Conseil national de l'Ordre des Médecins, de la Confédération des Syndicats médicaux français et de l'Association générale des Médecins de France pour obtenir des pouvoirs publics :

a) Que le régime de la sécurité sociale mette les travailleurs indépendants en général, et les médecins en particulier, à même de défendre efficacement leurs intérêts propres et ceux de leurs familles, ces intérêts risquant d'être méconnus par les Conseils des caisses, tels qu'ils sont actuellement composés ;

b) Que l'organisation nouvelle maintienne en matière d'allocations familiales les avantages dont les médecins bénéficiaient jusqu'à maintenant au sein de la Caisse des allocations familiales des professions médicales ;

2° Demandent au Conseil national de l'Ordre d'établir pour la profession médicale un régime de sécurité, d'entraide et de prévoyance avec le concours de l'Association générale et de ses Sociétés mutualistes fédérées.

Chambre syndicale des Médecins de la Seine

La Chambre syndicale des Médecins de la Seine vient d'annoncer que son Assemblée générale de fin d'année aura lieu le mercredi 11 décembre, à 20 h. 45 précises, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e), métro Latour-Maubourg.

Des questions importantes pour l'avenir de la profession médicale qui intéresseront tous nos confrères y seront traitées.

INFORMATIONS
(Fin)

Officiers de l'Instruction publique
(Suite du numéro 27)

M. Hamon, prof. à l'Ecole du S. S. M., à Lyon ; M. le prof. Harvant-Hervé, à Montpellier ; M. le prof. R.-J. Heim, au Muséum ; M. le prof. Jaulmes, à Montpellier ; M. le prof. Jeannin, à Dijon ; M. Jovet, au Muséum ; M. Kayser, agrégé, à Strasbourg ; M. Kofman, à Lyon ; M. Koelbert, bibliothécaire en chef de l'Université, à Alger ; M. le prof. Lacroix, à Alger ; M. le prof. Lamache, à Rennes ; M le prof. Laux, à Montpellier.

M. Le Chapelain, bibliothécaire en chef à l'Université de Clermont-Ferrand ; M. le prof. Le Gac, à Rennes ; M. le prof. Leulier, à Reims ; M. Marcel Levray, à Lyon ; M. le prof. Luton, à Clermont-Ferrand ; M. le prof. Malmejac, à Alger ; Mme Marchand, à Lille ; M. Matiben, secrétariat, Faculté d'Alger ; M. le prof. Meunier, à Nancy ; M. Jacques Meyer, à Strasbourg ; M. le prof. Michon, à Nancy ; M. Marcel Milhaud, à Lyon ; M. le prof. Morel, à Toulouse ; M. le prof. Mourgues-Molines, à Montpellier ; méd. lieut.-col. Pesme, au Val-de-Grâce ; M. le prof. Petit, à Rouen ; M. le prof. Pichon, à Amiens ; M. le prof. Jean Piéri, à Marseille ; M. le prof. Pigeaud, à Lyon ; M. le prof. Potez, à Rouen ; M. Quiquandon, à Clermont-Ferrand ; Mme Rambault, à Montpellier ; M. Rémy, à Nancy ; M. le prof. Roche, à Marseille ; M. Rode, au Muséum ; M. de Rougemont, agrégé à Lyon ; M. le prof. Roux, à Montpellier ; M. le prof. Sabadini, à Alger ; M. le prof. Sarazin, à Angers ; M. le prof. René Sartory, à Strasbourg ; Mlle Séguin (Laure), à Paris ; M. le prof. Sendrail, à Toulouse ; M. le prof. Simonin, à Strasbourg ; M. le prof. Sohier, à Lyon ; M. Soleil, à Lille ; M. Soléra, secrét. de la Faculté, à Alger ; M. Soyer, au Muséum ; M. Thivolle, agrégé, à Strasbourg ; M. le prof. Toulant, à Alger ; M. Tourneux, à Toulouse ; M. Tramuset, à Reims ; M. le prof. Valette, à Paris ; M. Varly, secrétariat Faculté, à Nancy ; M. le prof. Vaurs, à Clermont-Ferrand ; M. le prof. Vidal, à Montpellier ; M. Vial, à Lyon ; M. le prof. Weiss, à Strasbourg ; M. G. Winckler, agrégé, à Strasbourg.

Officiers d'académie

M. Arènes, au Muséum ; M. Argilas, secrétariat de la Faculté, à Bordeaux ; M. le Dr Balmes, à Montpellier ; M. le prof. Beau, à Nancy ; le méd. comm. Bernier, au Val-de-Grâce ; M. Georges Bertrand, à Lille ; M. le prof. Bessot, à Besançon ; M. le prof. Louis de Broglie, à Paris ; M. le prof. Bureau, à Nantes ; le méd. comm. Camelin, Ecole du S. S. M., à Lyon ; MM. les prof. Chailley-Bert et Chainot, à Nancy ; M. Pierre Decoulx, à Lille ; le méd. comm. Drevon, Ecole du S. S. M., à Lyon ; M. le prof. Dubouloz, à Marseille ; M. le prof. Duquenois, à Strasbourg ; M. le Dr Favreau, insp. gén. Hygiène scol. et univ., à Paris ; Mme Fricou, secrétariat Ecole Rennes ; M. le prof. Roger Froment, à Lyon ; M. le prof. Giboin, à Pondichéry ; M le prof. Jean Hartemann, à Nancy ; le méd. comm. Henrion, au Val-de-Grâce ; M. Herbaut, à Montpellier ; M. Roger Herlemont, à Marquette (Nord) ; M. le prof. Claude Huriez, à Lille ; M. le prof. Kehl, à Alger ; M. le prof. Kissel, à Nancy ; M. le prof. Klein, à Strasbourg ; M. Jean Kunlin, au Collège de France ; Mme Lasseur, à Nancy ; M. le Dr Robert Lévy, insp. gén. de l'Hygiène scol. et univers. à Paris ; M. le Dr Matruchot, à Paris ; M. le prof. Monnier, à Montpellier ; M. Netien, à Lyon ; Mlle Pasquier, au Muséum ; M. le prof. Pechoux, Ecole du S. S. M., à Lyon ; le méd. cap. Pruvost, à Pondichéry ; Mme Py, née Frezet, secrétariat Fac. Méd., Marseille ; M. le prof. Revol, à Lyon ; M. le prof. Rousseaux, à Nancy ; M. le prof. Salmon, à Marseille ; M. Sanson, secrétaire Ecole méd., Rouen ; M. le prof. Sourdille, à Nantes ; le méd. lieut.-col. Trial, au Val-de-Grâce ; M. Vachon, au Muséum ; M. Willmann, au Muséum ; Mlle Wunschendorff, née Valier, à Alger.

COURS

Conférence du professeur da Fonseca. — M. le professeur da Fonseca fera, le mardi 10 décembre 1946, à 11 heures, dans le service du professeur Richet (hôpital de la Pitié, amphithéâtre des Cours), une conférence sur les entérites tropicales.

Conférence du professeur Chagas. — M. le professeur Chagas fera, le jeudi 12 décembre 1946, à 11 heures, dans le service du professeur Richet (hôpital de la Pitié, amphithéâtre des Cours), une conférence sur les progrès en biophysique médicale.

Faculté de Médecine de Lyon

Chaire d'Hydrologie thérapeutique et de Climatologie

Certificat d'hydrologie thérapeutique et de climatologie (année 1947). — L'enseignement préparatoire à l'obtention du certificat d'Hydrologie thérapeutique et de Climatologie de l'Université de Lyon s'ouvrira le lundi 12 février, à 16 heures, au laboratoire d'Hydrologie, sous la direction du professeur Delore, assisté du Dr Milhaud.

L'enseignement aura lieu tous les jours d'après un horaire affiché au laboratoire.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 29. — SAMEDI 14 DECEMBRE 1946 — 119e ANNEE — Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr.; Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A. THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours de médecin des hôpitaux (1946). — Trois places.

Ont été nommés : MM. Thieffry, de Graciansky et André Meyer.

Concours normal de médecin des hôpitaux (1946). 2e série d'épreuves d'admission. — Concours pour trois places de médecin des hôpitaux.

Liste, par ordre de tirage au sort de MM. les membres du Jury : MM. les docteurs Ameuille (honoraire), Boltansky, Albot, Haguenau, May, Stévenin (honoraire), Pruvost, Brodin, Mme Roudinesco, MM. Rouquès, Huber, Péron.

Concours de chirurgien des hôpitaux (4e concours 1946)

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Gabriel Laurence.

5e concours de chirurgien des hôpitaux (1946) ouvert pour une place

Liste, par ordre de tirage au sort de MM. les Membres du jury : MM. les docteurs Kuss, honoraire, Charrier, Sicard, Deniker, honoraire ; Blondin, Cadenat, Ameline, Patel, Couvelaire, Moulonguet, chirurgiens ; Cathala, médecin.

Concours de l'externat des hôpitaux

Jury : MM. les docteurs Sallet, Thieffry, de Graciansky, Meyer, médecins des hôpitaux ; Chigot, Olivier (Cl.), Huguier, Laurence, chirurgiens des hôpitaux ; Bourdial, oto-rhino des hôpitaux.

Faculté de Médecine de Paris

Leçon inaugurale de la chaire de stomatologie. — Le professeur Dechaume fera sa leçon inaugurale au grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine, le mardi 14 janvier 1947, à 18 heures.

Chaires de physiologie et médecine expérimentale

MM. Léon Binet, professeur ; Lemaire, professeur agrégé.

Un cours supérieur de physiologie et médecine expérimentale sera organisé à la Faculté de Médecine de Paris en liaison avec les deux chaires intéressées.

Les leçons auront lieu cinq fois par semaine à la Faculté, à 14 h. 30, amphithéâtre Vulpian, et seront complétées par des démonstrations pratiques.

Ce cours commencera le mercredi 15 janvier 1947.

Cet enseignement s'adresse surtout aux internes des hôpitaux qui se destinent aux concours.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, guichet n° 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

Droits d'inscription : 3.000 francs.

Un examen écrit de trois heures aura lieu à la suite du cours, il portera sur l'enseignement donné et servira à l'attribution d'un certificat de physiologie et médecine expérimentale.

Faculté de pharmacie de Paris. — M. Paris, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er octobre 1946, professeur titulaire de la chaire de botanique (dernier titulaire, M. Bach, décédé).

M. A. Sartory, professeur à la Faculté de pharmacie de Strasbourg, est nommé, à compter du 1er octobre 1946, professeur titulaire de la chaire de microbiologie de la Faculté de pharmacie de Paris (dernier titulaire, M. Régnier, décédé).

Facultés de province

Toulouse. — Par arrêté en date du 2 décembre 1946, la chaire d'histologie et embryologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse (dernier titulaire : M. Argaud), est déclarée vacante.

Légion d'honneur. MARINE

CHEVALIER. — Le médecin de 1re classe de réserve Assouly.

Citation à l'ordre de l'Armée

Le médecin commandant Lartigau, du 6e R. I. C. (Cochinchine).

Médaille de la Résistance française

MM. le Dr B. Desplas, le Dr Morice, le méd. comm. Jean Mauze, le Dr Gabriel Delater.

(J. O., 5 décembre 1946.)

EDUCATION NATIONALE

Etudes pharmaceutiques. — Le J. O. du 4 décembre publie un décret du 27 novembre modifiant le décret du 4 mars 1937 portant réorganisation des études pharmaceutiques. Ce décret est relatif à la note éliminatoire des examens écrits.

Agrégation. — Sont institués et nommés agrégés pour une période de neuf ans à compter du 1er octobre 1946, et affectés aux facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-dessous désignées :

CHIMIE GÉNÉRALE PHARMACEUTIQUE ET TOXICOLOGUE

LYON : M. Badinand ; TOULOUSE : M. Blanc ; LILLE : M. Merville.

HISTOIRE NATURELLE PHARMACEUTIQUE

TOULOUSE : Mme Dulucq.

PHARMACIE

ALGER : M. Collet ; TOULOUSE : M. Couturier ; LYON : M. Drevon.

SANTE PUBLIQUE

Composition des jurys des concours du personnel médical des hôpitaux et hospices publics

Un arrêté du 30 novembre, paru au J. O. du 6 décembre 1946 (p. 10396) fixe ainsi la composition des jurys :

Article premier. — Les concours pour le recrutement de médecins, chirurgiens, spécialistes, assistants et assistants d'anesthésie, ainsi que des internes et externes des hôpitaux, ont lieu au centre hospitalier de la ville siège d'une faculté ou école de médecine dans le ressort de laquelle se trouve l'hôpital intéressé.

Toutefois, à titre exceptionnel, et par dé-

cision spéciale et motivée, le ministre de la Santé publique pourra autoriser l'ouverture des concours dans d'autres centres hospitaliers.

Art. 2. — Le jury des concours pour le recrutement des médecins, chirurgiens, spécialistes, assistants et assistants d'anesthésie des hôpitaux et hospices publics est composé comme suit :

a) Médecins, chirurgiens, spécialistes et assistants

1° Pour les concours de médecine : quatre médecins et un chirurgien ;
2° Pour les concours de chirurgie : quatre chirurgiens et un médecin ;
3° Pour les concours d'oto-rhino-laryngologie : trois oto-rhino-laryngologistes, un médecin et un chirurgien ;
4° Pour les concours d'ophtalmologie : trois ophtalmologistes, un médecin et un chirurgien ;
5° Pour les concours d'obstétrique : trois gynécologues accoucheurs, un médecin et un chirurgien ;
6° Pour les concours d'électro-radiologie : trois électro-radiologistes, un médecin et un chirurgien ;
7° Pour les concours de stomatologie : trois stomatologistes, un médecin et un chirurgien.

b) Assistants d'anesthésie

Deux chirurgiens, un oto-rhino-laryngologiste, un gynécologue, un médecin, deux assistants d'anesthésie, un pharmacien.

Art. 3. — Pour les spécialités non mentionnées à l'article 2, la composition du jury sera fixée par décision du ministre de la Santé publique.

Art. 4. — Les membres du jury sont choisis par tirage au sort parmi les médecins, chirurgiens, spécialistes ou assistants d'anesthésie en fonctions dans les hôpitaux du ressort de la faculté ou de l'école de médecine.

Les médecins, chirurgiens, spécialistes ou assistants d'anesthésie honoraires peuvent faire partie du jury.

Le directeur de la santé du département siège du centre hospitalier où a lieu le concours désigne en nombre double de celui du jury les praticiens parmi lesquels s'effectuera le tirage au sort.

Sauf dérogation expresse accordée par le ministre de la Santé publique, en cas d'impossibilité absolue, la moitié au moins de ces praticiens doit appartenir au corps médical en fonctions dans le centre hospitalier de la ville où a lieu le concours.

Le tirage au sort a lieu huit jours au moins avant l'ouverture du concours, par les soins du directeur départemental de la Santé ou par son délégué, en présence des représentants des candidats dont le nombre sera fixé par le directeur départemental et qui seront désignés par leurs collègues.

Art. 5. — Un ou plusieurs suppléants pourront être désignés dans les conditions fixées par l'article 4 ci-dessus. Ils ne seront appelés à siéger dans les jurys qu'en cas d'absence des membres titulaires.

Art. 6. — Le jury des concours pour le recrutement des internes et des externes en médecine des hôpitaux et hospices publics est composé comme suit :

1° Trois médecins ;
2° Trois chirurgiens ;
3° Deux spécialistes de spécialités différentes.

Art. 7. — Les membres des jurys des concours d'internat sont désignés dans les conditions fixées aux articles 4 et 5 du présent arrêté.

Art. 8. — Les jurys des concours pour le recrutement des chirurgiens-dentistes des hôpitaux et hospices publics sont composés ainsi qu'il suit :

1° Deux médecins stomatologistes des hôpitaux ;
2° Un médecin oto-rhino-laryngologiste des hôpitaux ;
3° Deux chirurgiens-dentistes des hôpitaux.

Art. 9. — Toutes dispositions contraires au présent arrêté, notamment l'arrêté du 13 août 1943, fixant la composition des jurys des concours du personnel médical des hôpitaux et hospices publics sont abrogées.

Carnet de santé. — Un arrêté du 25 novembre (J. O. 8 décembre 1946) modifie le modèle du carnet de santé prévu par l'article 19 de l'ordonnance du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile.

Ledit carnet doit être conservé par le détenteur ou par les parents ou tuteur.

Il doit être présenté à chaque consultation médicale.

Il devra contenir obligatoirement les indications suivantes : 1° Résultat des examens radiologiques et sérologiques dont le détenteur sera l'objet ; 2° Vaccination et injections de sérum subies par l'intéressé ; 3° Maladies épidémiques et contagieuses, définies par la loi du 15 février 1902, dont il sera atteint.

Ecole nationale de la Santé publique. — Le J. O. du 5 décembre 1946 publie un arrêté dont voici le texte :

Article premier. — Il est ouvert, à l'Ecole nationale de la Santé publique, une section de la Sécurité sociale.

Art. 2. — L'Ecole nationale de la Santé publique assurera le perfectionnement des médecins conseils de la Sécurité sociale et notamment l'enseignement national prévu à l'article 4 de l'arrêté du 27 juin 1946.

Art. 3. — Les modalités d'admission et d'enseignement de cette catégorie d'élèves seront fixées dans les conditions prévues à l'article 7 du décret du 24 mai 1946, après avis de la section du contrôle médical du comité technique d'action sanitaire et sociale.

Art. 4. — Le nombre des médecins de la Sécurité sociale qui recevront en 1947, soit l'enseignement de début de carrière, soit l'enseignement des stages d'information, est fixé à cinquante.

Art. 5. — Le directeur général de la Sécurité sociale et le président de la fédération nationale des organismes de Sécurité sociale représenteront le ministère du Travail et les organismes de Sécurité sociale au conseil de direction de l'Ecole nationale de la Santé publique.

Commission consultative d'hygiène dentaire. — Il est créé, au ministère de la Santé publique, une commission consultative d'hygiène dentaire, chargée de l'étude des mesures concernant l'hygiène et la prophylaxie dentaires. Cette commission comprend un certain nombre de fonctionnaires et de représentants des organismes médicaux et dentaires désignés ès qualité.

En outre, sont nommés membres de la commission consultative d'hygiène dentaire, en raison de leur notoriété scientifique ou de leur compétence spéciale :

M. le Dr Bridgmann, sous-directeur de l'équipement technique hospitalier au ministère de la Santé publique ;
M. le Dr Delcourt, chef de bureau au ministère de la Santé publique ;
M. le Dr Lebourg, stomatologiste des hôpitaux de Paris ;
M. le Dr Tacail, chirurgien-dentiste.

Xe Congrès National de Phtisiologie. — Le Xe Congrès National de Phtisiologie aura lieu à Alger, à Pâques 1948.

Les sujets à l'ordre du jour sont les suivants :

1° Question biologique : L'exploration fonctionnelle du poumon au cours de la tuberculose pulmonaire (Dr Tulou, de Nancy, rapporteur) ;

2° Question clinique et thérapeutique : Indications et résultats des méthodes endoscopiques dans le diagnostic et le traitement de la tuberculose trachéo-broncho-pulmonaire (Dr J. M. Lemoine de Paris, rapporteur pour la bronchoscopie et professeur agrégé Brin, de Lyon, rapporteur pour la pleuroscopie).

3° Question médico-sociale : Rôle des Comités départementaux antituberculeux d'entraide et d'éducation sanitaire (professeur Pinchaud, de Bordeaux, rapporteur).

RENSEIGNEMENTS

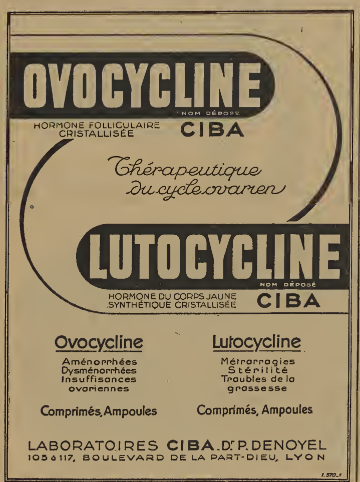
Médecin adjoint de sanatoriums

Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant au sanatorium de Franconville, à Saint-Martin-du-Tertre (Seine-et-Oise).

Un poste de médecin adjoint est actuellement vacant aux sanatoriums de la Seine à Hauteville (Ain).

Les candidatures devront être adressées, dans un délai de trois semaines, à compter de la publication du présent avis, au ministère de la Santé publique (direction de l'administration générale du personnel et du budget), 7, rue de Tilsitt, Paris (17e).

(J. O., 6 décembre 1946.)


OVOCYCLINE
NOM DÉPOSÉ
HORMONE FOLLICULAIRE CRISTALLISÉE
CIBA
Thérapeutique du cycle ovarien
LUTOCYCLINE
NOM DÉPOSÉ
HORMONE DU CORPS JAUNE SYNTHÉTIQUE CRISTALLISÉE
CIBA
Ovocycline
Aménorrhées
Dysménorrhées
Insuffisances ovariennes
Comprimés, Ampoules
Lutocycline
Métrorragies
Stérilité
Troubles de la grossesse
Comprimés, Ampoules
LABORATOIRES CIBA. Dr P. DENOYEL
105 à 117, BOULEVARD DE LA PART-DIEU, LYON
1.570-1


UNE FARINE
véritablement
MALTÉE
La Farine SALVY subit en cours de préparation, et sous le contrôle d'un pharmacien, une action diastasique effective. Les éléments amylacés sont en grande partie transformés en sucres solubles, maltose et dextrines.
Envoi sur simple demande adressée à SALVY, 4, Rue de Lambrechts à COURBEVOIE (Seine) du MÉMENTO D'ALIMENTATION ET DE DIÉTÉTIQUE INFANTILES.
* Farine DIASTASÉE
ALIMENTATION DU NOURRISSON
SALVY
Préparée par BANANIA

ACTUALITÉS

La "maladie occlusive"

On connaît depuis longtemps les nombreuses formes cliniques de l'occlusion intestinale et parmi elles les formes suivant l'âge, en particulier celles du jeune enfant et du vieillard. Mais n'insister que sur celles-ci ferait aisément négliger les occlusions de l'âge adulte qui ne sont cependant pas des raretés, même abstraction faite des occlusions aiguës post-opératoires et surtout depuis que de meilleures méthodes d'examen permettent de les reconnaître.

Une telle notion est indispensable pour éviter tout retard dans l'établissement du diagnostic ; sa précocité et sa précision topographique, la connaissance de l'étiologie aussi, sont nécessaires à la précocité du traitement, donc à son efficacité.

C'est l'un des points que soutient très justement M. Moiroud dans un article récent de *Marseille Médical* (15 juillet 1946).

Il insiste particulièrement, et avec raison, sur la minutie de l'examen clinique et surtout sur la précocité de l'examen radiologique, adoptant pleinement les principes de M. Mondor sur l'importance de la radiographie d'urgence dans les affections digestives. La radio précoce, dès l'apparition des douleurs, permet en effet de gagner 3 ou 4 heures sur l'apparition des autres signes : météorisme localisé, durcissement intermittent, vomissements réflexes.

J. Oddo, reprenant dans la récente réédition de la « Médecine d'urgence » (1) la description et le diagnostic du siège insiste, à juste titre, sur les symptômes qui, au début, orientent le médecin : ballonnement médian avec aplatissement latéral dans l'occlusion du grêle ; ballonnement des flancs et de l'épigastre avec aplatissement central dans l'occlusion du colon ; dilatation gastrique dans l'occlusion très haute. Mais cet auteur reconnaît la fugacité de ces signes et insiste sur l'importance de la radio précoce comme M. Moiroud. Celle-ci, comme l'avait montré Guillaume, accuse le contraste initial entre l'anse dilatée, claire au-dessus de l'obstacle, et le reste de l'intestin, refoulé et confus.

L'examen sous l'écran doit être complet et se faire à la fois en position couchée et en position verticale. La radiographie classique en décubitus garde toute son importance : les anses intestinales sont bien dessinées, le cadre colique se voit nettement et se distingue bien du grêle : images importantes pour le diagnostic topographique. L'examen en position verticale ne doit cependant pas être négligé ; il montre des alternances de dilatations gazeuses et de niveaux liquidiens mobiles occupant les régions déclives, assez visibles pour permettre très tôt le diagnostic différentiel de l'occlusion. La localisation peut s'aider aussi de l'apparence sous l'écran, très différente pour chaque portion de l'intestin.

La radio précoce montre aussi souvent les différences physiologiques et pathologiques entre les diverses variétés d'occlusion. Parmi les iléus mécaniques, les étranglements sont les plus graves en raison de la précocité et de l'importance des troubles vasculaires et des troubles nerveux. L'occlusion par obturation est moins rare qu'il n'est classiquement décrit : amas d'ascaris ou corps étrangers ingérés, alimentaires ou prétendant l'être, mal mastiqués, ingérés gloutonnement, hautement fermentescibles, se sont montrés plus fréquents en ces dernières années du fait des restrictions et des aliments de qualité suspecte. Le plus souvent, c'est sur le grêle que siège l'obstruction dans ces derniers cas; les accidents sont aigus, débutent et évoluent de façon rapide et nécessitent une décision prompte.

Il faut aussi connaître la possibilité chez l'adulte des occlusions par trouble de la fonction du muscle intestinal, ou par processus inflammatoire (appendicites larvées) avec réaction péritonéale et sidération intestinale consécutive.

Il est enfin des occlusions de cause mixte, où agissent à la fois la paralysie intestinale par péritonite et l'occlusion mécanique par coudure au niveau de foyers inflammatoires agglutinant les amas. Dans ce cas la distension acquiert une importance toute particulière.

Le système nerveux, sympathique et parasympathique prend ici aussi une particulière importance et ces faits s'ajoutent aux cas où le réflexe a son point de départ à grande distance (coliques hépatiques ou néphrétiques).

Il est donc légitime, devant une pathogénie aussi complexe où les différences relèvent du degré de puissance des composantes beaucoup plus que de leur présence ou absence, de parler d'une maladie occlusive qui, par des processus divers, peut se manifester à diverses époques de l'existence. Elle est caractérisée par un ensemble de perturbations humorales, nerveuses, etc., chacune accessible pour son compte à des actions thérapeutiques qu'il faut associer pour que le succès de l'intervention chirurgicale soit plus certain.

Rien pourtant n'est à abandonner dans les diverses techniques mises en faveur et dont chacune a son propre palmarès.

L'association des diverses méthodes s'adapte ainsi plus fidèlement à la complexité pathogénique de la maladie occlusive et améliore sensiblement les résultats.

La vidange intestinale au cours de l'opération, par ponction et aspiration, a été pratiquée pour vider les anses dilatées qui, même après levée de l'obstacle, ne se laissent parfois réintégrer dans l'abdomen qu'avec de grandes difficultés et moyennant des manipulations qui aggravent considérablement l'état de choc. La ponction est de plus un temps septique toujours indésirable. Elle ne suffit pourtant pas toujours à garantir la rentrée des anses dans l'abdomen.

C'est pour y arriver et pour juger en même temps de l'état de vitalité des anses que fut préconisé leur lavage au sérum chaud dont l'efficacité est variable.

L'injection à la racine du mésentère, selon la technique proposée par Mentha (*Schw. Med. Woch*, 1946, n° 29) de 60 cc. de novocaïne à 1 % paraît provoquer de la vasodilatation avec reprise de la circulation et recoloration au niveau des anses qui retrouvent leur motricité et diminuent de volume. On peut donc les rentrer plus aisément sans traumatisme.

C'est aussi pour parer à la distension qu'on a pratiqué, et avec succès, l'aspiration duodénale continue selon la méthode de Wangensteen. Elle est d'une pratique délicate et nécessite la surveillance exacte et continue par un personnel exercé. Pratiquée dès avant l'opération, elle a pu permettre parfois une guérison purement médicale. Elle améliore en tout cas l'état local et général, mais ne doit par faire différer d'opérer si le cours des gaz ne se rétablit pas. Elle n'agit pas en effet sur la cause matérielle d'une occlusion mécanique ; elle n'agit pas non plus sur les atonies une fois devenues irréversibles. De plus, elle s'adresse de préférence aux occlusions haut situées. Enfin, en dehors même des inconvénients locaux dus à la sonde à demeure, il faut compter avec la soustraction liquidienne qu'elle ajoute à la perturbation liquidienne du fait de l'occlusion.

Il faut donc agir concurremment d'autre manière encore.

Le choc occlusif, à juste titre rapproché du choc traumatique, lui ressemble au point de vue clinique et humoral : hyperglycémie, élévation des polypeptides et de l'azote non protéique du sang, déshydratation entraînant concentration sanguine et hypochlorémie. Cette dernière est imputable en même temps à la non-absorption intestinale, à l'hypersécrétion digestive et à l'exhémie plasmatique. C'est contre ce syndrome humoral qu'est dirigée la perfusion sanguine assidûment continuée.

Pour parer à la distension et à ses conséquences ainsi qu'à l'occlusion, diverses interventions temporaires ou définitives peuvent être pratiquées sur lesquelles nous ne saurions nous étendre ici. Choisir l'iléostomie ou une anastomose intestinale à un niveau quelconque incombe à chaque chirurgien en présence de chaque malade. De même, la possibilité de levée de l'obstacle et le moyen d'y arriver. Quelle que soit la solution choisie, il n'en demeure pas moins que le succès dépend pour une très large part de l'état du malade pendant toute cette période. C'est l'occlusion que palliativement ou curativement traite le chirurgien, mais c'est la maladie occlusive avec son syndrome clinique et surtout humoral, avec sa distension et les conséquences nerveuses qu'elle comporte, qui fait le fond du tableau et commande le pronostic, quelle que soit la forme d'occlusion, quel que soit l'âge du malade.

(1) « La Médecine d'urgence », par C. et J. Oddo, 8e édition. Gaston Doin, éditeur, Paris 1946.

C'est à ce syndrome que M. Moiroud donne le nom de « maladie occlusive » et c'est autour d'elle que médecin et chirurgien doivent s'allier pour combattre afin d'augmenter les chances de succès.

R. Levent.

XLIVe Congrès de la Société Française d'oto-rhino-laryngologie

Le XLIVe Congrès de la Société Française d'Oto-rhino-laryngologie s'est ouvert le 21 octobre 1946, à la Faculté, sous la présidence de M. André Moulonguet, reprenant une tradition interrompue depuis 1938. Il groupait un très grand nombre de spécialistes français et étrangers.

La séance inaugurale fut présidée par le professeur Léon Binet, doyen. MM. Moulonguet et Flurin rappelèrent aux congressistes le souvenir du professeur Moure, fondateur de la Société, un des créateurs de la spécialité en France; de Georges Laurens, enseigneur incomparable ; Yves Lemaître, prématurément disparu après avoir apporté à la spécialité mieux que des espérances ; le professeur Worms, qui aurait dû présider le Congrès de 1939, au faîte d'une magnifique carrière médico-militaire ; le professeur Quix, qui avait donné à l'école d'Utrecht une renommée mondiale ; Buys, de Bruxelles, un des grands maîtres de la labyrinthologie. M. Moulonguet rendit hommage aux spécialistes qui ont payé de leur personne dans la résistance, comme Girard, rentré par miracle de déportation, mais si cruellement frappé dans sa famille.

I. — Coryza spasmodique glandes endocrines et système neuro végétatif

RAPPORT

Le rapport, présenté par le professeur Emile Halphen et M. Robert Maduro, avait pour titre « Coryza spasmodique, glandes endocrines et système neuro-végétatif ». Destiné au Congrès de 1939, ce rapport a été, malgré mille difficultés, remis à la page à la lumière des acquisitions les plus récentes de l'endocrinologie. Les auteurs ont fait appel à M. Marcel Ferrier, dont la compétence dans ce domaine est bien connue. Dans les premiers chapitres, les rapporteurs font un rappel de l'anatomie et de la physiologie du système endocrino-végétatif, bien opportun pour des rhinologistes, ils abordent ensuite le problème tant controversé du déterminisme neuro-hormonal du coryza spasmodique.

Les rapports entre le C. S. et le système neuro-hormonal sont évidents, surtout chez la femme : recrudescence habituelle avant les règles, au moment de la ménopause, sédation habituelle, beaucoup plus rarement aggravation, au moment des règles et au cours de la grossesse ; influence bienfaisante sur le C. S. du traitement hormonal des dysovaries. Chez l'homme, l'influence du facteur testiculaire est moins évidente, mais elle ne doit pas être négligée.

Du reste, le C. S. peut se déclencher sans allergène, par un mécanisme purement hormonal, par exemple sous l'effet d'un traitement hormonal intempestif, tel que la prescription de folliculine chez une hyperfolliculinémique, comme dans un cas de Gilbert Dreyfus, qui guérit par injection d'hormone lutéinique. Il en existe maintes observations.

Certes, dans la plupart des cas, la crise est déclenchée par le contact avec un allergène, mais celui-ci n'exerce son pouvoir que sur un sujet dont le système neuro-endocrinien présente des perturbations fonctionnelles préexistantes. L'allergène n'agit point par un mécanisme chimique ; de multiples agents physiques peuvent déclencher le C. S. en dehors de toute action sur la muqueuse, notamment les radiations solaires et lumineuses. Le C. S. apparaît ou s'exacerbe au printemps, s'amende la nuit, dans l'obscurité, par le port de verres fumés, tout se passe comme s'il était lié à une stimulation solaire, celle-ci agissant certainement par un mécanisme neuro-hormonal. Peuvent aussi agir le froid, l'humidité, certains facteurs psychiques.

La notion d'intolérance, locale ou générale, n'est que le reflet d'une perturbation neuro-hormonale acquise ou héréditaire. Celle d'épine irritative n'a qu'une importance bien secondaire : on ne la trouve que rarement, les guérisons ou améliorations après ablation sont rares, souvent temporaires, s'expliquent d'ailleurs par une action sur le système nerveux local du traumatisme opératoire ou de ses suites. Il peut y avoir toutefois un facteur local adjuvant, la congestion de la muqueuse, en dehors de toute inflammation, que détermine la présence dans le sang d'un taux élevé d'hormones œstrogènes.

L'insuffisance hépatique, les modifications du Ph sanguin, les carences vitaminiques peuvent être en cause : sans minimiser leur importance, les auteurs estiment qu'ils agissent surtout en favorisant les perturbations endocrino-végétatives qu'on retrouve presque toujours à la base et dont Widal et ses élèves avaient déjà soupçonné le rôle capital.

Le déclenchement de la crise se ferait donc ainsi : le contact de l'allergène ou l'action de l'agent physique responsable, irritant les terminaisons sensitives de la muqueuse, provoqueraient une décharge histaminique locale massive, dont la traduction clinique consiste en congestion, hydrorrhée et éternuements. Par la voie des fibres centripètes, cette irritation se transmet à l'hypothalamus, ce qui déclenche une action excito-sécrétoire sur toutes les sécrétions internes, sauf la glande pinéale. Il en résulte, notamment, une hypersécrétion hypophysaire, dont les conséquences vont être multiples sur l'ensemble des régulations neuro-hormonales. Il va en résulter, d'une part, des modifications humorales, celles mêmes que l'on connaît dans le choc colloïdoclasique et, d'autre part, une excitation en retour de l'hypothalamus, ce qui va entretenir et prolonger l'orage endocrino-végétatif. La crise ne va trouver son terme que par un épuisement progressif de ce mécanisme réactionnel, par une disparition du contact de l'allergène, ce qui suppose une intolérance surtout locale, ou encore parce qu'intervient un facteur naturel de régulation, tel que l'arrivée du flux menstruel.

Les malades atteints de C. S. doivent donc subir un examen non seulement rhinologique, mais neuro-endocrinien complet, confié au spécialiste compétent et dont les auteurs donnent une description minutieuse. Les résultats sont variables : il existe entre les endocrines de telles inter-réactions qu'on ne peut pour ainsi dire jamais incriminer une glande déterminée. Le C. S. ne frappe guère les malades atteints de grands syndromes endocriniens (Basedow, etc.), mais ceux qui présentent des dysfonctions discrètes, atténuées, avec souvent intrication de signes d'hyper et d'hypo-fonctionnement. Le rôle du pancréas, des surrénales et du thymus paraît assez effacé. Celui de la thyroïde, défendu par Cordier et Mounier-Kühn, est indéniable, mais ne doit pas être exagéré. Les auteurs insistent surtout sur celui des gonades ou plus exactement, des dérèglements du couple hypophyso-ovarien qu'ils ont pu constater chez la plupart de leurs malades ; la dysharmonie hypophyso-génitale, moins évidente chez l'homme, leur paraît pourtant jouer aussi un rôle de premier plan.

Les rapporteurs distinguent : 1° les malades qui présentent un déséquilibre endocrinien et des signes de dystonie neuro-végétative également apparents, ce sont toujours des femmes, ce sont les cas les plus faciles à analyser et à traiter ; 2° ceux qui présentent un dérèglement endocrinien, mais sans dystonie neuro-végétative apparente ; 3° ceux qui présentent une dystonie neuro-végétative évidente, mais sans troubles endocriniens, ce groupe comprend quelques femmes, et tous les malades du sexe masculin. L'absence totale et de troubles endocriniens et de déséquilibre neuro-végétatif, leur semble très rare : du reste, plus nos méthodes d'examen se perfectionnent, plus nous savons découvrir d'anomalies fonctionnelles latentes.

Le traitement de fond vise à la fois à restaurer la régulation des sécrétions internes et l'équilibre du système nerveux autonome. Quand il est indiqué de freiner la sécrétion hypophysaire, on utilisera non point la folliculine, qui congestionne la pituitaire, mais la testostérone, sous forme d'acétate ou, dans les cas graves ou rebelles, de propionate. Lorsqu'il y a hyperfolliculinémie, on peut prescrire soit la testostérone, soit les extraits lutéiniques. En cas de carence lutéinique, on peut donner de la lutéine à titre substitutif qu'on peut associer avec un traitement anté-hypophysaire ou avec l'hormone gonadotrope. Seul un endocrinologiste qualifié peut régler la posologie et le rythme des injections au cours du cycle menstruel, sans perdre de vue la notion du « moment efficace » ; on sera parfois conduit à élargir cette hormonothérapie pour traiter des perturbations glandulaires plus complexes. Chez l'homme, la testostérone constitue le médicament de choix. Il en est de même chez la femme ménopausée, toutefois la folliculine retrouve ses droits en cas de ménaupose chirurgicale chez une femme jeune. Chez l'enfant, une extrême prudence est de mise, le traitement pouvant avoir des répercussions sur son développement général et plus particulièrement génital.

Pour agir en même temps sur le système nerveux autonome, les auteurs conseillent : pour les vagotoniques, l'éphédrine, plutôt que l'adrénaline, qui leur a donné des déboires, et surtout le calcium, surtout s'il existe un signe de Chvostek ; pour les hypersympathicotoniques, l'association de l'acétylcholine intramusculaire et du bicarbonate de potassium *per os*, qui leur a donné des résultats des plus encourageants.

Comme traitement d'urgence de l'accès, ils conseillent : 1° de fortes doses de testostérone, associées ou non à la lutéine, afin d'inhiber la sécrétion hypophysaire, lorsque celle-ci semble en jeu ; 2° les injections intraveineuses de novocaïne ou de para-

amino-benzoate de soude, comme l'a proposé Benda, thérapeutique sédative à la fois pour le sympathique et le vague ; 3° les attouchements du hile nasal au Bonain ; 4° les galvano-cautérisations superficielles et sans anesthésie des zones réflexogènes, tubercule de la cloison, agger, tête du cornet inférieur ; 5° les anti-histaminiques de synthèse, dont ils n'ont qu'une expéricnec sommaire.

Les résultats du traitement pathogénique sont souvent bons, parfois inespérés.

DISCUSSION

M. Vernet a souligné dans sa monographie, parue en 1924, les corrélations entre le C. S. et le système neuro-endocrinien. La clef du problème est de savoir d'où vient le trouble de régulation. Sans minimiser le rôle joué par le diencéphale, il ne faudrait pas réserver une place trop petite à celui de l'incitation sensitive déclenchante. Parallèlement au traitement endocrinien, il faut donc agir dans le sens d'une désensibilisation générale, spécifique, ou mieux, non spécifique, ce dernier traitement plus complet, donc préférable. Tout ce qui peut réaliser une action skeptophylactique sur l'agent irritant initial doit être tenté en même temps que l'on cherche à agir sur les régulations neuro-endocriniennes.

M. Calvet rappelle les expériences qu'il a faites avec M. Champy sur les ovins, portant sur les modifications de la structure de la pituitaire après castration.

M. Méda (Milan) utilise avec de bons résultats un nouvel antispasmodique local, en association avec les antihistaminiques de synthèse : le chlorhydrate de naphtyl-méthyl-imidazoline, spécialisé sous le nom de privine.

M. Wolfer-Bianchi (Zürich) associe l'acide ascorbique à doses élevées avec le thiosulfate de calcium et de magnésie. Il expose les travaux importants qu'il a publiés à ce sujet à la Société suisse de médecine interne en mai 1946.

M. Taptas (Istanbul) avoue le plus grand scepticisme à l'égard des essais de traitement pathogéniques. Les perturbations en cause sont trop complexes pour que nous puissions les analyser en pratique. La conduite la plus logique lui semble d'interrompre l'arc réflexe spasmogène, par un traitement local. Dans les cas légers, il prescrit des applications locales de cocaïne, associées à l'atropine et à l'éphedrine. Si cela ne suffit point, il alcoolise le nerf ethmoïdal antérieur, qui donne leur sensibilité aux zones spasmogène, et y ajoute parfois l'alcoolisation du ganglion sphéno-palatin, qu'il fait par voie externe.

II. — Pénicilline en O.-R.-L.

De nombreux congressistes, parmi lesquels surtout Lapouge et Dupuis (Nice), Leroux-Robert, Piquet (Lille), Jousseaume (Rouen), Van den Bossche, Gaston, Lemoyne, Cambrelin, apportent les résultats de leur expérience de l'emploi de la péniciline dans la sphère O. R. L.

De l'avis général, les *indications* de la pénicilline sont très étendues, ce médicament étant actuellement notre arme anti-infectieuse la plus efficace, doit être prescrit systématiquement dans tous les accidents septiques graves du domaine de la spécialité : notamment les staphylococcies malignes de la face, les phlébites sinuso-jugulaires et caverneuses, les phlegmons diffus du plancher de la bouche, les accidents méningés et encéphaliques à point de départ naso-sinusien ou auriculaire, le noma, dont les premières guérisons ont été obtenues par Benhamou et par les spécialistes d'Afrique du Nord.

Leroux-Robert et Bézard ont particulièrement étudié les accidents auriculaires compliquant les maladies infectieuses. En ce qui concerne les oto-mastoïdites, la pénicilline ne présente, à leurs yeux, que des indications limitées. Pour les otites aiguës simples, son efficacité dans la prévention de la mastoïdite est peu probable : les malades imprégnés de pénicilline ont autant de chances de se faire opérer de mastoïdite que les autres. En cas de mastoïdite confirmée, la pénicilline, pratiquement, n'évite jamais l'intervention, pas plus d'ailleurs que ne le faisaient les sulfamides. Lorsqu'il s'agit, au contraire, de mastoïdites compliquées, l'emploi de la pénicilline apporte des avantages indéniables, c'est une arme merveilleuse pour les accidents veineux, septicémiques ou méningés, elle guérit les malades plus vite que les sulfamides, elle sauve ceux pour lesquels les sulfamides employés seuls ne donnaient pas de résultats. Lapouge et Dupuis ont guéri par la pénicilline quatre cas de thrombose du sinus caverneux. Ils ont eu des résultats intéressants pour les accidents oculo-orbitaires, des ethmoïdites, pour les ostéomyélites des os de la face, les laryngites suffocantes et ulcéreuses de l'enfance. Dans les sinusites maxillaires aiguës, les lavages à la pénicilline font merveille, ont évité bien des trépanations. La pénicilline améliore les suites des interventions chirurgicales : employée localement, elle abrège les pansements de mastoïdite, améliore la cicatrisation. Elle simplifie les suites des opérations septiques, notamment en chirurgie plastique de la face, ou pour les laryngectomies, pour lesquelles il semble que l'on puisse peut-être revenir aux interventions en un seul temps. La pénicilline est aussi un adjuvant merveilleux en radiothérapie, car elle supprime le facteur infectieux si redouté dans les radio-nécroses.

Lapouge et Dupuis ont expérimenté la pénicilline depuis deux ans pour tous leurs cas graves, avec des succès incontestables : par exemple, ils ont à leur actif deux cas de guérison de phlébite caverneuse, deux cas de scepticémie otogène et neuf méningites confirmées. Ces résultats se passent de commentaires : les malades guérissent là où la chirurgie seule, ou même appuyée par les sulfamides, échouait. Il ne faut pas, cependant, oublier que la pénicilline n'est que bactériostatique, que beaucoup de germes savent lui résister, elle ne dispense donc pas d'un acte chirurgical complet.

Lafitte-Dupont, rapportant un cas de guérison de mastoïdite compliquée à la fois de phlébite du sinus, de méningite et de septicémie, rappelle que la pénicilline n'agit pas sur le pyocyanique. Il lutte localement contre ce germe par des pansements imbibés de nitrate d'argent en solution diluée.

Escat, Alain Gaston, présentent encore des observations de méningites guéries par la pénicilline. Jousseaume met en garde contre les doses trop fortes par voie rachidienne, on risque des crises convulsives : jamais il n'injecte dans le rachis plus de 20.000 unités par jour, et encore le fait-il en deux fois. Barraud (Lausanne) insiste sur l'intérêt de diminuer la tension du liquide C. R. par des ponctions lombaires, sous-occipitales et même ventriculaires, l'hypertension s'opposant au passage, déjà si lent de la pénicilline dans les espaces sous-arachnoïdiens.

Binet (Bourges) emploie, comme Puech, la pénicilline locale dans les abcès du cerveau, la proportion de guérisons ayant ainsi atteint 85 %. On fait une ponction aspiratrice, puis on injecte la pénicilline dans la cavité. On ne fait plus de drainage. Contre l'œdème, on lutte par une trépanation décompressive. Piquet propose, pour les abcès cérébraux, le plombage de la cavité au moyen de poudre de sulfamide-pénicilline. Il a déjà eu de beaux succès par la méthode du plombage pour le traitement des mastoïdites avec suture primitive totale et pour celui des sinusites frontales.

Lemoyne emploie la pénicilline dans les oto-mastoïdites graves du nourrisson, mais seulement comme adjuvant de l'antrotomie et surtout en applications locales. La voie intra-musculaire seule ne lui a donné que des déboires.

Van den Bossche, à propos d'un cas de mastoïdite latente avec des chéiloplasties, les plasties du voile, les laryngectomies, la chirurgie des diverticules de l'œsophage. Les résultats de ces opérations septiques sont très améliorés.

Van den Bossche, à propos d'un cas de mastoïdite latente avec phlébite du sinus, met en garde contre les effets de masque de la pénicilline, notamment en matière de mastoïdite. Le danger de camouflage bien connu par les sulfamides existe aussi pour la mycothérapie.

Moatti (Tunis) insiste sur le fait que la pénicilline agit beaucoup moins dans les infections chroniques que dans les cas aigus : les essais de traitement des otorrhées chroniques, des sinusites anciennes n'ont rien donné. Dans les cas aigus, le rôle de la pénicilline locale est peut-être le plus important.

Cambrelin (Bruxelles), fait observer que la pénicilline est bien supérieure aux sulfamides, en raison de sa parfaite tolérance, même aux doses élevées. Elle ne donne pas lieu à des modifications hématologiques ou humorales dignes d'être signalées. La pénicilline connaît aussi des échecs : les motifs de ces échecs sont, le plus souvent, l'emploi d'un produit frelaté, mal conservé, la prescription trop tardive du traitement, une dose d'attaque trop faible permettant aux germes d'organiser leur myco-résistance, des injections trop espacées, l'interruption prématurée du traitement, un traitement chirurgical associé trop tardif ou insuffisant.

La pénicilline ne détrône pas les sulfamides, elle les complète. Elle ne remplace pas la chirurgie, mais elle en modifie la tactique. Et surtout, elle en transforme les résultats. Telle est l'impression d'ensemble qui ressort de cette longue discussion.

III. — Chirurgie de la surdité

La chirurgie de la surdité, ou plus exactement celle de l'otospongiose, a donné lieu à une discussion prolongée et même passionnée, qui a occupé une séance entière du Congrès.

MM. Le Mée et Henrot présentent, avec l'aide de schémas nombreux et détaillés, la technique de la fenestration du canal semi-circulaire horizontal, telle qu'ils l'ont vue appliquée par Lempert, Schambaugh et les principaux otologistes américains, intervention inspirée par les travaux déjà classiques de Sourdille et qui s'est vulgarisée à très grande échelle outre-Atlantique.

L'opération se fait sous anesthésie locale, ce qui permet d'ap-

préciser le gain primaire d'audition. L'imprégnation pénicillinique a pratiquement supprimé tout danger d'infection. L'intervention se fait par voie endaurale, avec l'aide d'une instrumentation perfectionnée comportant l'usage systématique de la fraise électrique et de la loupe bi-auriculaire. Après nettoyage de l'antre et de la mastoïde, on sculpte avec soin la capsule labyrinthique sur toute la partie exposée des trois canaux, on ouvre l'attique et on résèque toute la paroi postéro-supérieure du conduit osseux, après avoir décollé le conduit membraneux avec minutie. On enlève alors l'enclume et la tête du marteau. On taille ensuite le lambeau tympano-méatal aux dépens de la paroi supérieure du conduit membraneux. On procède alors à la fenestration proprement dite, non sur le canal même, mais sur la région ampullaire, de manière à découvrir le sac membraneux sans le léser. On applique alors la plastique. Différents procédés ont été essayés pour obtenir la persistance de la fistule osseuse, condition *sine qua non* d'un bon résultat éloigné, ce point capital de la technique reste très controversé.

Les résultats durables actuels sont de l'ordre de 45 %. Beaucoup de malades gardent un gain d'audition suffisant pour retrouver une vie normale sans avoir besoin d'un appareil de protbèse.

M. Portmann critique la tactique opératoire de l'école américaine ; il insiste sur l'importance pathogénique majeure d'hypertension de l'endolymphe pour expliquer la surdité progressive des otospongieux et rappelle le résultat de ses recherches personnelles sur ce sujet.

M. Marcel Ombrédanne rappelle sa technique personnelle de fenestration chez les enfants atteints d'aplasie totale ou partielle de l'oreille.

M. Sourdille reste fidèle à la technique qu'il a exposée au Congrès de 1935. Il conserve systématiquement l'enclume, rappelle qu'il a la paternité du lambeau tympano-méatal. Pour lui, le seul moyen d'obtenir la persistance de la fistule consiste à la retoucher deux fois, trois fois même. Peu importe la voie employée : ce qu'il faut, c'est respecter les données physiologiques, préciser les indications, faire une brèche et en assurer la persistance, améliorer la transmission au moyen de la plastique.

Interviennent encore dans la discussion : MM. Hieguet (Bruxelles), Bourgeois, Mazarakis. On peut discuter sur certains points de technique, il faut reconnaître que la chirurgie de la surdité a de beaux jours devant elle ; très difficile, elle ne peut que gagner à entrer davantage dans notre pratique courante.

IV. — Communications diverses

MM. Mayoux et Paufique proposent de traiter certains vertiges en modifiant la tension de l'endolymphe par injections intraveineuses d'eau distillée si elle est trop faible, ou de sérum hypertonique si elle est trop forte ; ils apprécient la valeur de cette tension indirectement, par la mesure de la tension artérielle rétinienne.

M. Utermohlen (Amsterdam) a traité avec succès plus de cent cas de vertige de Ménière par l'emploi de verres prismatiques ayant pour but de neutraliser le nystagmus.

M. le professeur Wikowsky (Prague), expose sa technique d'exploration en deux phases du nystagmus calorique. M. Van Egmont (Utrecht) présente d'intéressants perfectionnements de l'épreuve rotatoire. M. Van Gangelen (La Haye) présente une observation de syncope respiratoire grave au cours d'une intervention pour abcès du cervelet otogène, guérie après dix minutes de respiration artificielle et insiste sur les dangers des hypertensions de la fosse cérébelleuse.

M. André Bloch présente trois superbes films en couleurs réalisés par Paul Holinger (Chicago) sur l'endoscopie pérorale chez l'adulte et chez le nourrisson. M. Soulas fait le point sur les techniques actuelles d'endoscopie et présente de nouveaux instruments. M. Huitinga expose la technique de l'exploration de la bronche du lobe supérieur. M. Guisez rappelle les résultats de ses études sur les sténoses congénitales de l'œsophage et sur les sténoses pseudo-cancéreuses si fréquentes chez le vieillard.

M. Jacod expose sa voie d'abord des tumeurs du pavillon tubaire par résection trans-maxillo-faciale du côté opposé. M. Durif apporte de nouvelles observations de torticolis naso-pharyngien, et montre la collaboration nécessaire entre le rhinologiste et l'orthopédiste. M. Tarneaud rappelle ses recherches sur la « voix aggravée » et donne les principes du traitement phoniatrique de cette affection. M. Marcel Rachet étudie le rôle de l'embryologie du sinus maxillaire et de l'évolution des germes dentaires dans la pathologie des accidents naso-sinusiens à point de départ dentaire. M. Corone expose le rôle de l'éternuement, notamment comme moyen de défense de la pituitaire et aussi comme moyen d'élimination d'émonctoires. M. Taptas étudie le fonctionnement du vestibule nasal à la lumière de nos connaissances sur la mécanique des fluides.

M. Iribarne traite des staphylococcies de la face et des orifices naturels et fait une revue des ressources thérapeutiques dont nous disposons pour ces localisations. M. Gourie rappelle les dangers de l'anesthésie locale et notamment de l'emploi de la butelline. MM. Chaussé et Aubry présentent le résultat de leurs études stéréo-radiographiques en otologie, notamment pour le dépistage précoce des fistules du labyrinthe.

M. Despons présente une observation de localisation auriculaire du myxœdème. M. Gardères étudie le syndrome du bouchon épidermique du conduit dont il veut faire un parallèle avec le syndrome naso-bronchique décrit par l'école lyonnaise. M. Dufourcq a observé plusieurs cas de localisation auriculaire de la diphtérie.

M. Aalam (Téhéran) présente une communication sur les corps étrangers vivants du larynx. M. Rendu (Lyon) étudie les résultats de la vaccination antidiphtérique aux U. S. A. et au Canada.

Citons encore les communications et présentations d'instruments de MM. Kowler, Péri, Van den Wildenberg, etc. Pour plus de détails, nous renvoyons le lecteur aux publications spécialisées.

P.-L. Klotz.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 3 décembre 1946

Le diagnostic différentiel de la paralysie infantile. — MM. R. Debré et S. Thieffry. — Cinq années d'observation au centre de Poliomyélite de l'hôpital des Enfants-Malades ont montré qu'à la phase préparalytique les erreurs, fréquentes, relèvent surtout de la méconnaissance de l'importance des douleurs ; confusion avec la maladie de Bouillaud, une arthrite aiguë ou une ostéomyélite.

Les paralysies apparues, la confusion peut se produire avec certaines myélites infectieuses d'étiologie connue ou non, avec les polynévrites et tout particulièrement avec la réticulo-polynévrite, diagnostic délicat.

Pour distinguer la poliomyélite du syndrome de Guillain et Barré, il ne faut pas perdre de vue que la dissociation albuminocytologique seule est un critérium insuffisant ; elle est fréquente et dès la deuxième semaine quasi constante dans la poliomyélite. Le caractère paresthésique des douleurs, la présence des troubles sensitifs objectifs, un syndrome méningé effacé ou absent et le mode d'installation des troubles moteurs plaident en faveur du syndrome de Guillain et Barré et comportent, en conséquence, un pronostic beaucoup plus favorable.

Les accidents respiratoires au cours de la paralysie infantile. — MM. R. Debré et S. Thieffry. — Un trouble de la fonction respiratoire est un élément essentiel du pronostic immédiat et lointain de la poliomyélite. Une étude sémiologique soigneuse permet de dépister très vite la paralysie des muscles intercostaux ou du diaphragme dont l'intégrité est essentielle.

Dans la plupart des cas de paralysie infantile, la défaillance respiratoire est due à une lésion de la moelle ; les atteintes bulbaires sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit communément.

En cas d'altération importante du fonctionnement des muscles respiratoires le pronostic est sévère. La respiration artificielle prolongée par poumon d'acier, ne donne pas dans la poliomyélite les bons résultats escomptés et la mort survient, presque toujours malgré un séjour prolongé dans l'appareil. Dans les formes discrètes ou permettant une ventilation suffisante, les complications mécaniques (atélectasie pulmonaire) ou infectieuses aggravent encore le pronostic éloigné.

Mode de transmission de la poliomyélite. — M. Levaditi. — Deux conceptions touchant la contagion sont en concurrence : pénétration par les voies aériennes supérieures, ou envahissement par les voies digestives. La pharyngite et l'amygdalite fébriles à la période prodromique, la contamination expérimentale du singe par voie naso-pharyngée ou amygdalienne, la notion d'amygdalectomie antérieure, l'élimination du virus par voie naso-pharyngée montrent dans cette région une des principales voies de dispersion du germe et un mode de contagion interhumaine. Les constatations de Kling, la contamination du singe par voie digestive, la conservation prolongée du germe dans l'eau de boisson ou les aliments, la présence du germe dans les fèces des malades ou de porteurs sains et aussi dans les eaux d'égout où sont déversées des matières contaminées et la souillure consécutive d'aliments, sont également prouvées.

La maladie de Heine-Medin se transmet donc certainement par voie naso-pharyngée et plus que probablement par voie digestive,

Discussion : MM. Binet, Guillain, Armand-Delille, Ribadeau-Dumas, Debré.

M. le Président souhaite la bienvenue à M. le Professeur Alexandre Lipschutz, directeur de l'Institut de Médecine expérimentale de Santiago-du-Chili, présent à la séance.

L'action antitumorale des stéroïdes. — M. Lipschutz. — Si certaines substances hormonales, œstrogènes en particulier, ont une action favorisante sur la production des tumeurs expérimentales, il existe toute une série de substances, les unes existant dans la nature, d'autres purement artificielles, qui présentent à des degrés divers et de façon concomitante des propriétés œstrogènes et des propriétés antitumorales.

L'étude montre que ces propriétés sont corrélatives à certains caractères de la composition chimique de ces substances et que l'action antitumorale et l'action œstrogène sont indépendantes l'une de l'autre.

Les substances androgènes, d'autre part, ne sont pas antitumorales à la dose où elles jouissent de propriétés androgènes.

Cette action antitumorale se manifeste expérimentalement surtout à titre préventif mais, dans certaines conditions, se manifeste également à titre curatif.

Discussion : M. Courrier.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 novembre 1946.

Méningite post-abortive à pneumobacille de Friedlander. Etat préagonique. Guérison rapide par l'association pénicilline-sulfamides. — MM. Gilbert Dreyfus, Zarachovitch, Hérrault, Labignette. — Ce fait signale la gravité des méningites à Friedlander. La gravité du pronostic tient à la sulfamido-résistance d'une part et à la pénicillo-résistance du pneumobacille. Les auteurs ont observé un cas de méningite pneumo-bacillaire purulente survenue après un avortement grâce à une thérapeutique mixte (pénicillo-sulfamidée), on a pu obtenir une amélioration rapide, une guérison intégrale en moins d'une semaine : à retenir sur l'efficacité de l'association pénicilline-sulfamides.

A propos d'un cas de septicémie à pneumobacille de Friedlander guéri par le traitement mixte pénicillo-sulfamidé. — MM. Gilbert Dreyfus, Zarachovitch et Herrault. — Observation d'une infection grave à pneumobacille de Friedlander ayant évolué en deux phases : première de septicémie pure, contrôlée par deux hémocultures ; deuxième phase de rechute après cinq jours l'apyrexie.

Discussion : MM. Lièvre, Gilbert Dreyfus, Benda et Cattan insistent sur les fortes doses qu'il faut employer pour obtenir le succès. M. Benda rappelle que les auteurs américains préconisent, dans les infections à Friedlander, la streptomycine, le plus précocement possible.

Intolérance à la pénicilline. — M. de Gennes. — Il s'agit de deux cas d'intolérance à la pénicilline : la première concerne une femme atteinte de cholécystite aiguë qui, dès le début, présenta un prurit généralisé et un urticaire fugace et une seconde malade, atteinte d'anthrax, traité par la pénicilline, qui présenta, au douzième jour, une grande érythrodermie qui guérit en trois semaines. Les auteurs soulignent l'intérêt en pareil cas des tests intradermique et transcutané à la pénicilline.

Discussion : M. Gilbert Dreyfus a observé un fait identique au premier cas du Dr de Gennes : au sixième jour d'un traitement par la pénicilline.

M. Benda a noté un seul incident d'intolérance à la pénicilline à la suite d'instillations dans la plèvre. L'urticaire rebelle ne céda qu'à la suppression de la pénicilline.

M. de Gennes remarque que les cas d'intolérance ont été observés en peu de temps, ce qui fait soupçonner une impureté du produit.

M. Degos cite un cas américain d'hématurie au cours d'un traitement de syphilis par la pénicilline.

Un cas d'ostéomyélite lombo-sacrée avec suppuration intra-rachidienne guérie après intervention et sulfamidothérapie. — MM. Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Domart et J. Loeper. — Observation d'un adolescent atteint d'ostéomyélite lombo-sacrée avec abcès intrarachidien. Evolution favorable après drainage chirurgical et cure sulfamidée. Guérison sans séquelle. Le traitement pénicillinique ne put être appliqué, l'observation datant de 1942.

Septicémie aiguë à staphylocoques. Paraplégie brutale par spondylite avec effondrement de D 5-D 6. Laminectomie et extension continue. Guérison actuelle de la septicémie et de la paraplégie. — MM. Monges, Recordier, Paillas et Marcorelles (Marseille). — Cette observation tire son intérêt de ce fait que la jeune malade en question peut être considérée comme guérie de sa septicémie et de la complication rachidienne concomitante : la malade a reçu des sulfamides (693 puis 2.090 R P : 66 gr. dans une première cure, associés à l'iodure de sodium 1 gr. 50 à 2 gr. par jour.

La manifestation sémiologique dominante a été la spondylite : les lésions de D5 D6 ont entraîné l'effondrement des corps vertébraux avec paraplégie brutale. L'évolution s'est faite vers la guérison après intervention chirurgicale. Après la laminectomie la malade a reçu des sulfamides, de l'iodure, de l'anatoxine et a été soumise à l'extension continue. Elle a commencé à marcher au cours du cinquième mois et a recouvré la motricité totale de ses membres inférieurs.

Un cas d'acrodynie chez l'adulte. — MM. André, Coulonjon, Feillard et Noarrano (Brest). — Observation d'un homme de 32 ans d'abord soigné à domicile pendant trois mois pour tachycardie, dyspepsie, amaigrissement et anxiété, présentant des manifestations d'acrodynie qui cédèrent au sixième mois. Après un traitement par rayons ultra-violets, vitamines B et PP. Les algies, myoclonies, tremblements et modification du liquide céphalo-rachidien rapprochent ce cas des névraxites et plaident en faveur d'un processus infectieux à l'origine de l'acrodynie.

Gangrène diabétique et tétanos. — MM. Boulin, Uhry et Piérard. — Les auteurs publient le neuvième cas connu de l'association de gangrène et de tétanos, association dont on a déjà relaté un cas. Le tétanos évolua en trente heures et aboutit à la mort par syncope sans élévation thermique notable ni troubles du pouls ni de la respiration. Le seul cas connu de guérison de cette association est celui qu'ils avaient rapporté antérieurement.

Comportement des réflexes cutanés abdominaux dans un cas de surrénalome hypertensif. — MM. Fontaine, Warther et Wilhelm notent chez un malade présentant des crises hypertensives paroxystiques liées à un surrénalome, une diminution notable des réflexes cutanés abdominaux du même côté que la tumeur. Ils se demandent si la constatation d'un fait de ce genre ne pourrait pas contribuer au diagnostic topographique du paragangliome ?

Xanthomatose osseuse. — MM. Lièvre et Briskas. — Présentation d'un malade de 25 ans atteint de lésions du membre inférieur gauche entraînant des douleurs depuis cinq ans, sur quoi les auteurs posent le diagnostic de « xanthomatose » : diagnostic confirmé : 1° par une érosion en coup d'ongle du tibia opposé ; 2° par l'hyperlipidémie et l'hypercholestéronémie. Les auteurs discutent les rapports avec la maladie de Schuller-Christian, les xanthomes localisés, les observations de tumeurs à myéloplaxes avec infiltration xanthomateuse, la maladie d'Albright.

SOCIETE FRANÇAISE DE CARDIOLOGIE

Séance du 20 octobre 1946

A propos du traitement chirurgical des arterites. — M. Servelle. — Après avoir rappelé l'inocuité de l'artériographie exécutée correctement avec les produits convenables, l'auteur montre, par de nombreux clichés, les indications thérapeutiques que l'on peut tirer de la radiographie de l'aorte et de celle des artères des membres. Cette étude artériographique permet également de faire le pronostic d'une artérite. Contrairement à ce que l'on pense habituellement, plus l'oblitération siège vers l'extrémité du membre, plus sombre est le pronostic : une oblitération iliaque est mieux supportée qu'une oblitération de la tibiale postérieure. L'artériectomie est une très bonne opération, mais elle ne doit pas être faite à l'aveugle, elle ne doit emporter que la partie thrombosée et respecter la circulation collatérale, bien mise en évidence par l'artériographie. Chez le vieillard, au-dessus de 70 ans, elle peut suffire. Chez les malades plus jeunes, il faut lui associer la sympathectomie lombaire avec splanchnicectomie et chez les malades au-dessous de 40 ans, y adjoindre également la surrénalectomie gauche. Enfin le traitement médical ne devra pas être poursuivi trop longtemps (six mois), il reprendra sa place après l'intervention.

Enfin, l'auteur signale la fréquence des artérites chez les rapatriés.

Lymphographie et éléphantiasis. — M. Servelle rapporte onze cas d'éléphantiasis des membres inférieurs et un cas d'éléphantiasis des bourses qu'il a d'abord étudié radiologiquement, puis traité chirurgicalement.

Il n'y a pas d'allongement des os du côté malade. M. Servelle n'a pas trouvé non plus de thrombose veineuse dans les onze cas

d'éléphantiasis des membres. Par contre, la radiographie des lymphatiques lui a permis de mettre en évidence de véritables méga-lymphatiques dont le calibre varie de 1 cm. et 1 à 2 mm. Il y a en plus de cette dilatation une lymphostase évidente en lymphoscopie.

De plus, on peut faire, dans l'éléphantiasis, des injections rétrogrades ce qui est impossible dans les lymphatiques normaux. M. Servelle explique ainsi le mécanisme de production de l'éléphantiasis : une infection locale (plaie, piqûre d'insecte, infection larvée) détermine une adénopathie à la racine du membre, adénopathie parfois aiguë avec température et douleur, parfois torpide et passant presque inaperçue. Cette adénopathie se résorbe, mais laisse derrière elle une sténose avec trouble de la circulation lymphatique donnant la lymphostase et la dilatation des canaux lymphatiques. Puisque dans l'éléphantiasis, les canaux lymphatiques sont incapables d'assurer un cheminement centripète à la lymphe, toutes les opérations de drainage (lymphoplasties, opérations de Kondéléon, de Sistrunk, sympathectomies lombaires) sont illogiques. M. Servelle a mis au point une intervention chirurgicale qui se fait en deux temps et qui consiste à réséquer tous les lymphatiques superficiels du membre : c'est la lymphangiectomie superficielle totale. Les résultats sont vraiment excellents et dépassent tout ce qui a été obtenu dans le traitement chirurgical de l'éléphantiasis.

A propos de deux cas de thrombose intracardiaque. — MM. Daniel Routier, Yves Bouvrain et Capsec-Laporterie. — Observation d'une jeune homme de 17 ans et d'une jeune fille chez lesquels une insuffisance cardiaque primitive avec cyanose, dyspnée, hépatomégalie, épanchement pleural, bruit de galop, entraîna la mort en deux et quatre mois. A l'autopsie : cœur gonflé et distendu par les caillots d'aspect particulier : de chaque oreillette (Observ. I) on extrait un caillot cohérent du volume d'une pomme, non adhérent. Il s'agit d'un caillot cruorique avec une plaque nacrée de fibrine stratifiée. L'endocarde auriculaire est épaissi ; par ailleurs le cœur est normal. Les auteurs posent la question de savoir qu'elle est l'ancienneté de cette thrombose et de la signification qu'il convient de lui attribuer.

Syncopes et bloc des branches. — MM. C. Lian et G. Mantoux rappellent les travaux antérieurs de Gallavardin (1922), de C. Lian et Ch. Petit (1926) établissant que des sujets non bradycardiques ayant des syncopes, la constatation électrocardiographique d'un bloc des branches terminales du faisceau de His permet de considérer les syncopes comme symptomatiques d'un syndrome paroxystique de Stokes-Adams. La syncope traduit la cessation du passage des incitations motrices du centre automatique au myocarde ventriculaire soit par transformation en bloc complet du bloc incomplet des branches terminales hisiennes, soit par extension du trouble de la conductibilité des branches terminales hisiennes au faisceau de His. Les observations récentes de Lian et Mantoux viennent à l'appui de ces données anciennes de Gallavardin et Lian, déjà confirmées récemment par Sortais dans sa thèse inspirée par Lenègre.

En outre MM. Lian et Mantoux soulignent la grande gravité du syndrome syncopes et bloc des branches : la mort survient en général en quelques mois ou quelques années soit après un stade de bradycardie permanente par dissociation auriculo-ventriculaire, soit dans un accès paroxystique de syndrome de Stokes-Adams, ou dans un état de mal syncopal.

Toutes ces données conduisent à souligner la grande importance de l'électrocardiographie chez les malades ayant des syncopes.

Les formes paroxystiques de la maladie d'Adams-Stokes. — MM. J. Lenègre et E. Sortais. — Le diagnostic de la maladie d'Adams-Stokes devient très difficile lorsque la bradycardie permanente fait défaut dans l'intervalle des accidents nerveux. A propos de dix-huit observations qui concernent presque toujours des hommes autour de la soixantaine, les auteurs précisent les points suivants :

1. Les syncopes peuvent s'accompagner de secousses musculaires, de relâchement des sphincters et même, exceptionnellement, de morsure de la langue, d'où des confusions fréquentes avec l'épilepsie.

2. L'angine de poitrine d'effort n'est associée que dans un cinquième des cas.

3. L'électrocardiogramme met le plus souvent en valeur des troubles évidents de la conduction intra-ventriculaire (bloc de branches atypiques, symptomatiques de lésions diffuses des deux branches du faisceau de His). Il doit donc toujours être enregistré chez des sujets atteints de syncopes à « l'emporte-pièce ».

4. L'évolution, particulièrement sévère, se fait dans la moitié des cas en quelques mois ou années vers la mort subite, particulièrement à craindre au moment où s'installe une dissociation auriculo-ventriculaire. L'éphédrine a eu parfois une influence favorable.

5. Le diagnostic, toujours délicat, se pose surtout avec l'épilepsie, les autres syncopes cardiaques (angines de poitrine, rétrécissement aortique, extrasystoles), les syncopes de l'hyperréflectivité sinusale et de l'hypotension artérielle orthostatique, enfin avec les syncopes et lipothymies émotives des neurotoniques, surtout dans les cas où celles-ci sont brusques et inopinées.

6. Les lésions et le mécanisme des accidents nerveux sont ceux de la maladie d'Adams-Stokes : altérations des branches du faisceau de His par artériosclérose de ses artérioles nourricières ; pauses ventriculaires brusques qu'il convient de rapprocher de lésions diffuses et bilatérales des deux branches du faisceau de His, attestées par les images électrocardiographiques de bloc de branche atypique.

Image micro-nodulaire et réticulée survenue au cours d'une affection broncho-pulmonaire aiguë chez une malade atteinte de maladie mitrale. — M. P. Trocmé, de La Rochelle, rapporte l'observation d'une malade atteinte d'affection pulmonaire aiguë avec dyspnée et fièvre élevée chez laquelle, en présence d'antécédents tuberculeux chargés, le diagnostic de granulie avait été porté à tort, au vu d'un cliché radiographique montrant des opacités pulmonaires réticulées et micro-nodulaires. Après la guérison de l'affection pulmonaire aiguë, une nouvelle radiographie montrait la disparition de ces images et la simple persistance d'opacités hilaires et péri-hilaires anormales attribuées à des troubles circulatoires pulmonaires.

Intérêt des courbes de pression intraventriculaire pour la compréhension de l'automatisme cardiaque et des électrocardiogrammes. — MM. A Meyer-Heine et J. Jammet.

Un cas d'infarctus postérieur du myocarde à début de tachycardie ventriculaire paroxystique suivie de troubles variés du rythme avec survie prolongée. — MM. H. Metzger et R. Herr (Strasbourg).

Angiosclérose et système neuro-végétatif. — M. P. Mériel (Toulouse).

A propos du traitement de l'infarctus du myocarde. — M. P. Mériel.

Troubles rythmiques complexes réalisant une tachycardie paroxystique variable au cours de l'hyperthyréose. Action de la thyroïdectomie. — M. L. Langeron.


PANTOPON
ROCHE
OPIUM TOTAL
SOMNIFÈNE
ROCHE
HYPNOTIQUE
SÉDOBROL
ROCHE
TRAITEMENT BROMURÉ
SÉDORMID
ROCHE
HYPNOGÈNE
ALLONAL
ROCHE
ANALGÉSIQUE
PRODUITS "ROCHE"
10, RUE CRILLON, PARIS


HYPERCHLORHYDRIE
DYSPEPSIES NERVEUSES
Toutes gastralgies
KAOBROL
2 { Formules Formes
SIMPLE ou BELLADONÉ
TABLETTES ou POUDRE


HÉPATISME
ARTHRITISME
Cure de décholestérinisation
DECHOLESTROL
1 PAQUET douze jours par mois
matin et soir avant les repas
dans un demi verre d'eau

CHRONIQUE

Chaire de biologie médicale
Leçon inaugurale du professeur Verne

Une nouvelle chaire a été créée à la Faculté et son titulaire, le professeur J. Verne, en prenait possession le 3 décembre. Près de lui, dans l'hémicycle, le corps des professeurs entourait le recteur Roussy, constant dans sa fidélité ; le corps des hôpitaux, l'Académie de Médecine, le haut enseignement parisien y rejoignaient le doyen honoraire Baudouin. C'est ainsi qu'on remarquait le médecin général inspecteur Rouvillois, MM. Jolly, Jayle, Rouvière, Julien Marie, Lelong, Cathala, Alajouanine, Boulin, Piedelièvre, Laignel-Lavastine, Lian, Gougerot, Lemierre, Leriche, Lévy-Solal, Etienne Bernard, Donzelot, Lamy, Rochon-Duvigneaud, Leveuf, Clerc, Champy, Bourguignon, Paraf, Pasteur Vallery-Radot, Chabrol, Aubertin, Mollaret, Mouquin, de Gennes, Polonovski, Moreau, Bariéty, Léchelle, Costedoat. Le public des gradins, enfin, presque exclusivement formé d'étudiants, se montra particulièrement chaleureux.

En quelques mots émus et pleins d'une chaude amitié, le doyen Binet présenta le nouveau professeur, qui est aussi son assesseur. Il rappela ses travaux et son attachement si tôt dessiné pour l'histologie au sens le plus vivant et le plus moderne.

M. Verne lui succéda, remerciant ses collègues de leur choix, évoquant aussi le souvenir des maîtres à qui il est redevable de son orientation et de sa formation : les professeurs Weber, Nicolas, Roger, Achard. Prenant et le recteur Roussy, gardien des traditions et animateur-né lorsqu'il n'est pas créateur même d'organismes nouveaux.

Le nouveau professeur rappelle d'autres souvenirs : Son début à Alger, la suite de ses études à Paris, le laboratoire de l'Institut du Cancer et la culture des tissus, puis le laboratoire de physiologie, en attendant l'espoir d'un laboratoire autonome.

M. Verne définit ensuite la biologie et ses rapports avec les éléments de la biosphère ; la biologie médicale, carrefour de toutes les disciplines médicales et de quelques autres, science de synthèse en perpétuel échange de bienfaits et de progrès avec la médecine. Divers exemples tirés de l'histoire des vitamines, des hormones, de la culture des tissus illustrent cette évolution.

Au milieu des applaudissements, le professeur Verne esquisse ensuite le plan de son nouvel enseignement, la part des debutants et celle des étudiants déjà formés, l'exposé des notions récentes, la coopération de maîtres d'autres spécialités.

Rappelant un livre récent du professeur Rémy Collin, de Nancy, il esquisse à son tour le « Panorama de la Biologie », retrace l'ambiance d'enthousiasme nécessaire à la recherche fructueuse et dépeint le biologiste, artiste et savant à la fois, dans sa formation et son épanouissement.

Il termine enfin, sous les applaudissements, en citant Laplace : « Ce que nous savons est peu de chose, ce que nous ignorons est immense. » D'un maître aussi plein d'allant, les futurs médecins apprendront beaucoup.

R. L.

INTERETS PROFESSIONNELS

Confédération des Syndicats Médicaux français

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

En raison des coupures de courant électrique, la date de l'Assemblée générale de la Confédération des Syndicats médicaux français a dû être modifiée.

Cette Assemblée tiendra ses séances les 15, 16 et 17 décembre 1946, dans la grande salle de la Confédération, 60, boulevard de Latour-Maubourg, Paris (7e).

La première séance aura lieu le dimanche 15 décembre à 14 heures.

Le dimanche matin à 9 heures sera tenue une réunion au Conseil d'administration.

CHAMBRE SYNDICALE DES MEDECINS DE LA SEINE

(Communiqué)

Constitution d'une section d'hôpitaux libres au sein de la Chambre syndicale des Médecins de la Seine

Après agrément du Conseil d'administration de la Chambre Syndicale en date du 24 octobre 1946, s'est créée une section des médecins des hôpitaux libres de la Seine. Le bureau pour 1946, composé des docteurs Paul Lefèvre, président ; P. Walther et A. Le Roy, vice-présidents, et André Corteel, secrétaire général, a été élu lors de l'Assemblée générale constitutive du 20 novembre 1946. La définition de l'hôpital libre qui a fait l'objet de cet agrément, détermine les établissements qui peuvent s'y faire représenter, cette définition est donnée ici à titre d'information :

« Sont qualifiés hôpitaux libres, les établissements privés destinés à hospitaliser des malades, des blessés ou des femmes en couches. Ils doivent répondre aux conditions suivantes :

« Poursuivre un but désintéressé ;

« N'être pas réservé de façon exclusive à une catégorie définie de malades ;

« Avoir une activité partiellement gratuite ou à tout le moins partiellement orientée vers des soins peu onéreux ;

« Avoir en propre : son règlement, ses administrateurs, ses médecins ;

« Présenter toutes garanties de moralité. »

Les membres de la Chambre syndicale exerçant dans ces établissements peuvent faire partie de plein droit, mais sur leur demande, de la section des hôpitaux libres.

Les demandes d'adhésion seront adressées au secrétaire général de la section : docteur André Corteel, 119, rue de la Pompe, Paris (16e), téléphone Passy 18-03.

Société des hôpitaux libres

La Société Médico-Chirurgicale des hôpitaux libres a procédé, le mardi 3 décembre 1946, au renouvellement de son Conseil d'administration.

Celui-ci comprend pour l'année 1947 :

Président : M. Germain Blechmann ; vice-présidents : MM. Iselin, Durand (de Courville), Larget, Nora ; secrétaires généraux : MM. Delort, J.-A. Huet, Martiny ; membres : MM. Auclair, Courtois, Denet, Desaux, Charry, Lonjumeau, Moulonguet, F. Viala ; trésorier : M. André Ribardière ; bibliothécaire : M. Houzel ; conseil juridique : Me Maurice Garçon.

M. Rouquès, Pierre-Jean, chirurgien de l'hôpital de Créteil, présenté par MM. Huet et Delort ; M. Trotot, Raymond, assistant de neuro-chirurgie à l'hôpital de la Pitié, présenté par MM. Vaudescal et G. Godlewski, ont été élus au titre de membres titulaires.

Société d'Acupuncture

17, rue Chaptal, Paris (9e)

La Société d'Acupuncture tiendra sa réunion de rentrée le 21 décembre 1946, à 17 heures, sous la présidence d'honneur de M. Soulié de Morand et celle de M. le Dr Flandin, médecin des hôpitaux, au club France-Colonies, 106, rue de l'Université.

La Société d'Acupuncture, qui réunit tous les pionniers de l'acupuncture en France, déplore les manifestations tapageuses de Sociétés, syndicats, cours, congrès, démonstrations ; articles publicitaires dont le foisonnement ne peut que porter préjudice à une méthode que les initiateurs ont eu à cœur d'étudier dans le fructueux travail d'équipe des consultations hospitalières suivant les principes et les traditions de la médecine française.

LIVRES NOUVEAUX

Le sang dans la vie de l'organisme, par M. Justin JOLLY, membre de l'Institut, membre de l'Académie de Médecine, professeur honoraire au Collège de France. Un vol. in-8° de 278 pages, avec 30 illustrations, prix : 155 francs. Flammarion, éd., Paris, 1946. (Bibliothèque de philosophie scientifique.)

Peut-être n'est-ce pas trop imaginer que de faire naître l'hématologie au jour très ancien où la première blessure fit couler le sang du premier homme et éveilla son désir de connaître. Le livre que vient de publier M. J. Jolly ne traite donc pas d'un sujet nouveau. Il renferme cependant toutes les nouveautés qu'il est légitime de faire connaître parce que de bon aloi. Ecrivant pour le grand public cultivé et non plus pour le seul public scientifique, le maître de l'hématologie française a tenu et a réussi à se mettre à la portée de cet auditoire inaccoutumé.

Sans rien perdre de la rigueur et de la clarté qui sont le cachet de ses autres œuvres et qui ont marqué son enseignement, il a su condenser, abréger, synthétiser, simplifier sans déformer. Il a cherché avant

tout, dit-il dans sa préface « à répondre à des questions. Le plan de ce livre est donc physiologique. Le biologiste demande à propos du sang : Que fait-il ? A quoi sert-il ? D'où vient-il ? L'histologiste répond : Globules rouges, hémoglobine, respiration, moelle osseuse... »

M. Jolly a ainsi pleinement réalisé la promesse du titre : placer « le sang dans la vie de l'organisme ». Il a relié l'hématologie humaine, élément central de son œuvre, à toute l'hématologie animale et a élargi la perspective par de magistrales échappées ouvertes sur l'anatomie et la physiologie comparées.

Il a précisé les rapports du sang avec le reste de l'organisme et montré combien chez le savant du temps présent l'accord est complet avec les pressentiments du primitif quant au rang du sang dans la hiérarchie organique.

La structure du sang, sa composition chimique, sa circulation amènent à un exposé d'ensemble sur le sang captateur d'énergie aux dépens des sources extérieures, transporteur d'énergie vers les divers organes qui y puisent selon les affinités et les besoins de chaque système irrigué. Le développement du sang et de l'appareil circulatoire, la conservation, le vieillissement, le renouvellement du sang, ses modifications, ses propriétés naturelles, acquises ou provoquées, sont exposés en des pages d'une parfaite clarté. L'hématologie devient un rond-point entouré de perspectives sur la physiologie et la pathologie, l'anatomie et l'embryologie, la sérologie, la bactériologie, la chimie biologique.

Certains chapitres sont d'une particulière actualité. La chirurgie de guerre a fait une très grande et très bienfaisante place à l'hématologie appliquée. Parmi les non médecins, il y a nombre de bénéficiaires de la réanimation-transfusion et bien des témoins de ses bienfaits. Les médecins en campagne ont agi, appris et observé ; ils peuvent raviver bien des souvenirs au long de leur lecture, relier aussi bien des faits, des coïncidences et des lois dont l'enchaînement n'avait pas encore pour eux montré toute sa rigueur. Les principes, les indications, les incidents d'une méthode qui a sauvé tant de vies, la question du sang conservé sont brièvement mais clairement exposés. L'écheveau des groupes sanguins est débrouillé avec dextérité ; les notions récentes touchant le facteur Rh ne sont pas négligées. Toutes ces questions, que la prudence des auteurs ou leur soin d'être complets ont parfois obscurcies, sont ici ramenées à leurs traits essentiels et mis en pleine lumière. Les esprits plus curieux y trouvent cependant les points solides où rattacher leurs acquisitions futures.

La coagulation du sang, avec son mécanisme complexe, ses relations avec les fonctions hormonales ou vitaminiques, sont ici exposées avec la clarté accoutumée conciliée avec la fidélité à l'expérience ou à l'observation. La pathogénie des affections hémorragipares bénéficie aussi de tout ce qu'y éclairent des études auxquelles chaque jour ajoute quelque complément et parfois quelque désarroi.

Dans d'autres domaines : les rapports de l'hématologie avec la médecine légale, la pathologie exotique, la parasitologie sont en parfaite évidence. Les processus d'immunité, enfin, ne sauraient être résumés avec plus de prudence ni de clarté que dans les dernières pages du livre.

Une telle étude témoigne de l'ampleur de vues nécessaire à qui veut placer une spécialité, étroite en apparence, dans le grand ensemble de la philosophie scientifique. Pour le succès d'une telle synthèse, et si délicate, l'impartialité en présence des faits et l'assidue méditation des idées ont beaucoup fait sans doute.

Une part dans cette réussite tient aussi à la langue classique où elle s'exprime. Les terminologies « d'intérêt local », les vocabulaires hérissés de néologismes pseudo-grecs ont été écartés sans pitié. Une langue classique de grand humaniste témoigne une fois de plus de la parenté qui rapproche une science intimement comprise avec une langue bien faite.

R. L.

L'ophtalmologie de l'omnipraticien et du médecin de campagne, par le professeur G. Weill, de Strasbourg. Editions P.-H. Heitz, Strasbourg, 16, rue du Maréchal-Joffre. 1 vol. in-8° de 112 pages, 80 fr. 1946.

L'étudiant en médecine et le médecin omnipraticien manquent trop souvent de la formation élémentaire et indispensable en matière ophtalmologique. Il en résulte, chez l'un, une ignorance regrettable, chez l'autre une impossibilité de poser un diagnostic, et il risque de commettre des erreurs préjudiciables au malade et à son propre prestige.

« L'ophtalmologie de l'omnipraticien et du médecin de campagne », du professeur G. Weill, de Strasbourg, dont le nom dispense de tout commentaire, a été écrite pour parer à ce double écueil.

Dans une langue fort belle, appuyée par des exemples, des tableaux schématiques et quelques images, l'auteur dit, aussi clairement qu'il est possible de le dire, en praticien expérimenté autant qu'en professeur, l'essentiel de ce que tout médecin doit savoir en ophtalmologie. C'est la somme de ce qu'il faut exiger pour les examens des étudiants et pour l'activité ophtalmologique de l'omnipraticien.

Manuel de Biochimie (2e édition remaniée), par P. Thomas, de l'Institut Pasteur, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lausanne. Un vol. de 1000 pages, avec 57 figures. 1.500 fr. Masson et Cie, édit. Paris.

L'auteur indiquait dans la première édition de ce livre qu'il avait voulu donner aux médecins, aux biologistes et à tous ceux pour qui la chimie biologique constitue une science indispensable, un livre où ils puissent trouver, sous la forme la plus condensée, les idées et les faits qu'ils ont besoin de connaître.

Cela reste le but de la deuxième édition qui a été remaniée et mise à jour de façon à présenter un tableau complet des récentes découvertes.

Les notions nécessaires de physico-chimie, les données les plus récentes sur les enzymes, la constitution des protéines, les vitamines, les pénicillines, les hormones, les dernières recherches sur le mécanisme de la contraction musculaire sont exposés de façon à éviter au lecteur de se reporter à des revues scientifiques ou à des ouvrages spéciaux qu'il est toujours difficile de consulter. Les données numériques souvent difficiles à trouver ailleurs, qui donnaient à la première édition une précieuse richesse documentaire, ont été notablement complétées.

L'auteur a aussi pensé dans cette nouvelle édition aux étudiants qui désirent acquérir de solides connaissances de chimie biologique. Ils lui sauront gré d'avoir débarrassé les notions nécessaires du début de l'appareil mathématique qui les alourdissait. Chaque chapitre réalisant pour eux la mise au point d'une question définie est presque toujours suivi d'exercices pratiques faciles à réaliser au laboratoire, leur permettant ainsi de se familiariser avec le sujet étudié.

Les quatre parties dont se compose l'ouvrage sont les suivantes :

I. Physico-chimie des cellules et des organismes (avec deux chapitres sur les enzymes).

II. Les substances chimiques fondamentales de la cellule (avec l'exposé des recherches de Bergmann sur la constitution des protéines).

III. Synthèse, dislocation et desmolyse L'oxydo-réduction, le rôle des ferments ferrifères, flaviniques et pyridiniques sont présentés sur un plan nouveau.

IV. Les tissus et leur fonctionnement, avec les plus récentes acquisitions sur les vitamines et les hormones.

Nouvelles études cliniques et biologiques sur la pathologie du foie, par Etienne Chabrol, professeur de clinique médicale à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de Médecine. Un volume de 184 pages, avec 24 figures. Masson et Cie, édit.

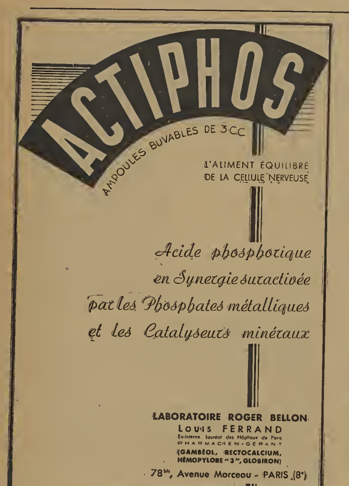
Voici un très beau volume qui sera très apprécié par tous ceux qui admirent la clarté et l'enseignement de M. Chabrol.

Ce livre a été écrit par un clinicien qui est en même temps un biologiste et dont les travaux sur la pathologie hépatique font autorité. Son dernier ouvrage en 1941 traitait également de la pathologie du foie et des voies biliaires ; il est actuellement épuisé.

Dans son premier chapitre, citant une pensée de Claude Bernard, l'auteur indique quelle sera sa ligne de conduite : « ...Il faut poser d'abord le problème médical tel qu'il est donné par l'observation de la maladie, puis analyser expérimentalement les phénomènes pathologiques en cherchant à en fournir l'explication physiologique ».

Dans tous les cas étudiés, c'est d'abord de l'observation clinique que part l'auteur. Son deuxième but est de « respecter les disciplines biologiques qui ont fait entrer dans nos observations médicales des éléments de mesure et de précision nécessaires ».

C'est donc bien d'études cliniques et biologiques qu'il s'agit. C'est pourquoi tous les spécialistes du foie trouveront dans cet ouvrage une aide précieuse, mais surtout un guide méthodique et, ce qui est rare, le plus clair de tous les guides.



Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

N° 30. — SAMEDI 21 DECEMBRE 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

ABONNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr.; Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

SYNDICAT DES JOURNAUX MÉDICAUX FRANÇAIS

Dans l'impossibilité où les journaux médicaux se trouvent actuellement d'établir un prix de revient, et devant la perspective d'un relèvement continu en cours d'année, des frais d'impression et de papier, et des frais généraux, le SYNDICAT DES JOURNAUX MÉDICAUX *a dû décider d'appliquer aux tarifs d'abonnement, au début de l'année 1947, une majoration nouvelle. Cette majoration porte notre nouveau tarif annuel à 375 francs pour la France, à 200 francs pour les étudiants et à 600 francs pour l'étranger. Elle sera appliquée à compter du 1er janvier 1947.*

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Attachés d'électro-radiologie. — Sont nommés attachés d'électro-radiologie des hôpitaux et hospices civils de Paris, à compter du 25 octobre 1946 : MM. les docteurs Hanoune Simon, Nicolau Joseph, Arvay Nicolas, Giraud Paul, Vitenson Georges, Landau Pierre, Miller Jean.

Concours de l'externat en médecine
Jeudi 12 décembre 1946

Questions données :

ANATOMIE.

1° Enumérer, sans aucun commentaire, les os du crâne et de la face ;
2° Insertions et innervation du muscle rond pronateur sans les rapports ;
3° Décrire les insertions du ligament rond de la hanche et donner sa situation par rapport à la synoviale à l'exclusion de tous rapports ;
4° Enumérer, dans l'ordre, les muscles innervés par le nerf cubital ;
5° Enumérer les cavités cardiaques et leurs orifices de communication.

PATHOLOGIE MÉDICALE.

1° Examen clinique de la gorge dans la diphtérie maligne ;
2° Renseignements fournis par la palpation du pouls et l'auscultation du cœur dans la maladie de Basedow ;
3° Sur quels éléments (en dehors du laboratoire et de la radiologie) peut-on suspecter l'origine cancéreuse d'un ictère chronique par rétention ?
4° Enumérer les causes des néphrites aiguës, sans donner aucun commentaire ;
5° Renseignements fournis par l'examen du liquide pleural dans la pleurésie sérofibrineuse dite « a frigore ».
6° Le signe de Babinski : recherche, description, valeur séméiologique.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

1° Enumérer, sans les décrire, les complications du cancer de la langue ;
2° Renseignements fournis par l'examen du grand trochanter dans une fracture du col du fémur, sans la radiographie ;
3° Enumérer les signes physiques abdomino-pelviens d'une rupture cataclysmique d'une grossesse extra-utérine ;
4° Premiers soins à donner pour combattre une hémorragie externe par rupture de varice de jambe, à l'exclusion de toute intervention chirurgicale.

Faculté de Médecine de Paris

Leçon inaugurale. — M. le professeur G. Lavier fera sa leçon inaugurale de la chaire de pathologie exotique, le lundi 6 janvier 1947, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Facultés de province

Alger. — M. Kehl, professeur sans chaire, est nommé, à compter du 1er octobre 1946, professeur titulaire de la chaire d'histologie et embryologie. (Dernier titulaire : M. Benoit, transféré.)

Légion d'honneur. GUERRE

COMMANDEUR. — M. le médecin général inspecteur Jame, inspecteur général technique du service de Santé (croix de guerre avec palme).

CHEVALIER. — Méd. cap. Belcour et Lacoste ; méd. lieut. Siriex et Goude (croix de guerre avec palme) ; méd. 2e cl. marine Eliacheff.

Académie de médecine. — Dans sa séance du 17 décembre, l'Académie a élu M. RIST vice-président pour 1947.

Centenaire de l'Académie vétérinaire de France. — L'Académie vétérinaire de France a célébré le centième anniversaire de sa fondation le jeudi 19 décembre 1946. à 16 heures, dans la salle des Congrès du Centre Marcellin-Berthelot, 28 bis, rue Saint-Dominique.

Académie de Médecine de Roumanie

Nous venons de recevoir, pour la première fois depuis 1939, les Bulletins de l'Académie de Médecine de Roumanie pour 1945.

Ces Bulletins, édités à Paris chez MM. Masson, sont publiés par le secrétaire général perpétuel, notre éminent ami le professeur D. Danielopolu, et les professeurs Civca, Jacobovici et Manolesco, secrétaires annuels.

L'importance de cette publication montre que la vitalité de l'Acaémie de Médecine de Roumanie n'a pas varié malgré les épreuves subies depuis quatre ans.

Les médecins français, qui comptent tant d'amis en Roumanie, sont heureux de voir le courage et la volonté avec lesquels nos confrères de là-bas se sont remis au travail.

Université de Liège. — L'Université a décerné le diplôme de docteur « honoris causa » à M. Jacques Tréfouël, directeur de l'Institut Pasteur, membre de l'Académie de médecine et à M. Gabriel Bertrand, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Les Journées médicales de Bruxelles en 1947. — Notre confrère « Bruxelles Médical » nous apprend que les prochaines Journées sont fixées du 21 au 25 juin 1947.

Les fonctions de secrétaire général ont été confiées au Dr René Loicq, en remplacement du bien regretté René Beckers. Le président sera le professeur O. Weill. Le programme des journées est en voie d'élaboration.

Education physique et sportive

Dans sa réunion du 3 décembre 1946, la Commission chargée d'attribuer les récompenses prévues par l'arrêté du 27 octobre 1945, pour les meilleurs ouvrages parus au cours de l'année concernant les activités physiques et sportives et leur contrôle médical, a décidé d'attribuer :

1° Un prix de 6.000 francs à M. le Dr Siméon pour sa thèse : « De l'état actuel du contrôle médical des activités physiques et sportives. Du rôle du médecin dans l'éducation » ;

2° Un prix de 6.000 francs également à M. le Dr Guillaume pour son ouvrage : « Application d'une épreuve de sélection des aviateurs au contrôle médico-sportif (test de 40 % de mercure) » ;

Un prix de 1.000 francs à l'ouvrage de M. G. Marchal : « La voûte plantaire ».

Hygiène scolaire et universitaire

La Commission d'examen des thèses et travaux scientifiques ou médico-scolaires se rapportant à l'hygiène scolaire et universitaire, réunie le 25 octobre 1946, a proposé l'attribution de récompenses aux travaux suivants :

« La Médecine préventive universitaire en France », thèse du Dr Laurent, Paris 1946 (prix de 10.000 francs) ;

« La Radiophotographie systématique dans le dépistage de la tuberculose pulmonaire dans les écoles de la Corse », thèse du Dr Colonne (prix de 5.000 francs) ;

« Le Centre de médecine préventive de l'Université d'Alger. Exposé du fonctionnement pendant l'année scolaire 1945-46 », thèse du Dr Tabourin (Alger), (prix de 5.000 francs).

Par arrêté du ministre de l'Education nationale, en date du 27 novembre 1946, sont désignés comme directeurs techniques des services de Médecine préventive de l'enseignement supérieur pour une période de un an :

M. le Dr Herrenschmidt (directeur général technique des Services de Paris), Mlle le Dr Baudry (Paris : Service Lettres et Sciences), M. le Dr Lacourbe (Paris : Service Droit), M. le Dr Lacorne (Paris, Service Médecine-Pharmacie), M. le Dr Laval (Marseille), M. le Dr Riou (Aix), M. le Dr Boisseau (Nice), M. le professeur Duvernoy (Besançon), M. le professeur Piéchaud (Bordeaux), M. le Dr Lecornu (Caen), M. le professeur Jousseaume (Rouen), M. le professeur Luton (Clermont), M. le Dr Pontefract (Dijon), M. le Dr Berthet (Grenoble), M. le Dr Marchand (Lille), M. le professeur Morenas (Lyon), M. le professeur Puech (Montpellier), M. le professeur Veluet (Poitiers), M. le professeur Guillaume Louis (Tours), M. le professeur Marcland (Limoges), Mme le Dr Noyalet (Rennes), M. le Dr Perrin (Nantes), M. le professeur Bigot (Angers), M. le Dr Kuhlmann (Strasbourg), M. le professeur Morel (Toulouse), M. le professeur Lacroix (Alger).

Comité consultatif de la lutte contre la stérilité involontaire

Sont nommés membres du Comité : MM. le professeur Keller (de Strasbourg) et le Dr Nérain (de Nancy).

Médecins consultants régionaux

Sont nommés médecins consultants régionaux adjoints de pédiatrie :

Région de Limoges : M. le Dr Béraud (de La Rochelle).

Région de Rouen : M. le Dr L'Hirondel (de Caen).

Région de Toulouse : M. le Dr Levrat (de Toulouse).

Ecoles de sage-femmes. — Ont été reconnus membres du Conseil de perfectionnement des Ecoles de sages-femmes avec voix délibérative : M. le professeur Fruhinsholz (de Nancy), Mme Mossé (à Paris).

Membres à titre consultatif : M. le professeur Rouchy (d'Angers).

Ecole nationale de la Santé publique

Ont été nommés membres du Comité scientifique et pédagogique prévu par le décret du 24 mai 1946 : MM. les professeurs Benhamou (Alger), Et. Bernard et Binet (Paris), Combemale (Lille), Cornil (Marseille), Debré et Desoille (Paris), Ducuing (Toulouse), René Fabre (Paris), Gernez (Lille), Giraud (Montpellier), Huguenin (Paris), Huriez (Lille), Lavier, Lemierre et Leriche (Paris). Morenas (Lyon), Merklen et Parisot (Nancy), Pasteur Vallery-Radot et Polonowski (Paris), Soula, Jacques Tréfouël et Valette, Justin-Besançon et P. Joannon (Paris).

Président : M. le professeur Parisot, président du Conseil de direction de l'Ecole nationale de la Santé publique.

La Société F. E. M. (Société de Secours mutuels et de Retraites pour Femmes et Enfants de Médecins, vient de tenir son Assemblée générale annuelle qui n'avait pu avoir lieu depuis 1939.

Après une allocution de M. le professeur Lemierre, qui présidait, entouré de Mmes Jayle et Veillard, du professeur Brindeau, du docteur Antoine et de M. Robert Jayle, le Dr Antoine, dans un rapport concernant ces sept dernières années, montra la vitalité de cette œuvre qui, malgré la guerre et ses conséquences, a vu le nombre de ses sociétaires augmenter de 465 membres.

Le trésorier, M. Robert Jayle, rappela que, durant ces dernières années, la Société avait versé plus de 600.000 francs de dons et de subventions. Il a émis le vœu que les dons puissent désormais être en rapport avec les exigences de la vie actuelle et fit un chaleureux appel à toutes les familles médicales.

Pour terminer, Mme Félix Jayle parla de la nécessité de plus en plus grande de créer ultérieurement une maison de retraite pour les veuves de médecins dont la vieillesse est parfois si douloureuse. Cette dernière proposition fut acclamée à l'unanimité.

Rappelons que tous les médecins peuvent s'inscrire à F. E. M. :

Comme membre honoraire annuel (cotisation : 50 francs par an) ;

Comme membre honoraire perpétuel (don de 500 francs).

Comme membre bienfaiteur (don de 1.000 francs).

Les femmes et enfants de médecins peuvent s'inscrire comme membres participants (cotisation : 50 francs par an).

Pour tous renseignements, s'adresser à F. E. M., 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris (7e), Chèques postaux n° 1.466-88.

Composition du bureau :

Président d'honneur : M. Georges Duhamel ;

Président : Professeur Lemierre.

Vice-présidentes : Mme Félix Jayle, Mme Maurice Fabre ;

Vice-président : Professeur Brindeau ;

Secrétaire général : Dr Edouard Antoine ;

Trésorier : M. Robert Jayle ;

Secrétaire des séances : Mme Veillard ;

Archiviste : Professeur Laignel-Lavastine.

Cours de perfectionnement

Les médecins désireux de se perfectionner dans l'un des sujets suivants :

Technique de diagnostic et de traitement des maladies des reins ;

Technique de diagnostic et de traitement des maladies allergiques ;

sont priés de s'inscrire à la Clinique médicale propédeutique de l'hôpital Broussais (professeur Pasteur Vallery-Radot), le matin avant midi.

Une série de dix cours sur le sujet choisi sera ouverte dès que le nombre des inscriptions sera suffisant.

Les leçons et démonstrations auront lieu chaque jour à la Clinique propédeutique de l'hôpital Broussais.

Droits d'inscription : 2.000 francs pour chaque série.

RENSEIGNEMENTS

Le Syndicat des Chirurgiens de Paris et de la région parisienne porte à la connaissance de ses membres l'ouverture d'un concours sur titres pour une place d'assistant à l'hôpital de Courbevoie.

Pour plus de renseignements, s'adresser à la Direction régionale de la Santé, avenue Victoria, Paris.

Docteur, 34 ans, habitué client., cherche rempl. ou pl. assistant, Paris ou banlieue. M. Le Tessier, 5, boulevard Sébastopol.

Ville de Marseille. — Un concours sur titres et sur épreuves, pour le recrutement d'une aide chimiste-laborantine de l'Institut municipal de biologie et de chimie de la ville de Marseille, aura lieu à l'Hôtel de Ville, le 30 janvier 1947, à 9 heures.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser à la mairie de Marseille, service des examens et concours.

Centre hospitalier de Niort. — Il sera ouvert à Niort, le 12 février 1947, un concours pour sept places d'internes en médecine.

Pour tous renseignements, s'adresser à la Direction de l'hôpital de Niort.

Le Laboratoire E. Charpentier, Boldolaxine Quinocarbine, 7, rue du Bois-de-Boulogne, Paris (16e), cherche autre Laboratoire pour faire tourner excellent visiteur dans le secteur Bretagne-Normandie. — S'adresser au Laboratoire.

La prothèse acoustique

par M. P.-L. Klotz

La prothèse acoustique consiste à interposer entre l'oreille déficiente et le monde extérieur « un système recueillant les sons d'une manière aussi semblable que possible à celle de l'oreille, et les reproduisant, après amplification, avec le maximum de fidélité » (Chavasse et Caussé). Contrairement à une opinion trop répandue, la prothèse acoustique moderne constitue une méthode palliative de tout premier ordre pour la réhabilitation sociale d'un grand nombre de sourds. Encore faut-il bien en connaître les indications, et savoir la manier correctement.

Rappel physiologique. — La déficience auditive ne frappe point toutes les fréquences d'une manière uniforme. Le rôle de la prothèse n'est donc pas de renforcer la transmission de tous les sons, mais seulement d'améliorer celle des sons les plus mal entendus. Cela suppose, évidemment, un appareil de perception intact, ou en tout cas, relativement peu atteint.

Dans les lésions de l'oreille moyenne, donnant lieu à une forme pure de surdité de transmission, le problème est simple : la déficience porte surtout sur les sons graves, il faut donc une amplification préférentielle des basses fréquences. Au contraire, si la déficience provient de l'oreille interne ou du nerf auditif, les fréquences élevées sont souvent les plus mal perçues, il faut améliorer leur transmission, sans amplifier les fréquences basses afin d'éviter des effets de masque. L'amplification ne devra pas être trop poussée, la marge entre le seuil d'audibilité et le seuil de perception douloureuse étant souvent très réduite chez ce genre de malades.

La prothèse suppose une exploration préalable, aussi complète que possible, de la fonction auditive du sujet. Une courbe audiométrique bien faite est indispensable. L'écran radiologique n'a point détrôné le sthétoscope : de même, un bon audiogramme ne remplace pas un examen clinique complet, il lui ajoute ses données propres qui sont extrêmement précieuses. L'examen audiométrique doit porter sur l'étude de l'audition des sons purs, par voie osseuse et par voie aérienne, mais aussi, comme y a insisté Carhart, sur la recherche du seuil de compréhension de la voix. Ce dernier seuil permet d'évaluer la « capacité ouvrière de l'oreille », or des recherches récentes nous apprennent qu'il peut y avoir des différences de l'ordre de 20 à 30 décibels, parfois davantage, entre le seuil d'audition des sons purs et celui de la compréhension de la voix. C'est pour avoir méconnu cette donnée que tant de prothésistes ont eu des échecs.

La prothèse a pour rôle essentiel de permettre au malade de percevoir sans effort la voix de conversation. Or, précisément, les phonologistes nous ont appris que le clavier de la voix de conversation se trouve assez restreint. Chez l'adulte, il s'étend sur environ deux octaves, plutôt moins. La note fondamentale, variable avec l'âge, le sexe, la nationalité, se trouve, d'après Tarneaud, pour la langue française :

Chez l'homme, entre sol 1 et mi 2 ;
Chez la femme, entre sol 2 et mi 3.

Mais la perception des harmoniques supérieurs présente au moins autant d'intérêt que celle de la note fondamentale. Deran et White ont établi que, dans la voix parlée, 95 % des voyelles émises possèdent une fréquence inférieure de 1.000 cycles ; 5 % seulement possèdent une fréquence plus élevée, mais ce sont justement les plus importants pour l'intelligibilité du langage. Le rôle de ces harmoniques élevés, en effet, consiste surtout à aider à l'identification des consonnes. Le sourd qui ne peut les percevoir se trouve dans le cas du téléphoniste, nanti d'un mauvais appareil et qui devine plutôt qu'il n'entend son interlocuteur.

L'effort du prothésiste doit donc viser une amélioration portant sur toutes les fréquences conversationnelles, c'est-à-dire dépassant 2048 et, autant que possible, 4096 cycles comme limite supérieure.

Les anciennes méthodes. — Le *cornet acoustique* constitue l'appareil de prothèse le plus ancien, le plus rudimentaire. Bien qu'il soit désuet, de nombreux malades continuent à s'en servir par habitude ; au reste, il ne coûte pas cher et ne donne pas de parasites. Pour avoir le moindre effet, il doit être vaste : les cornets minuscules, cachés dans la conque, sont illusoires. Le choix d'un cornet ne repose que sur les préférences du malade.

Le *tympan artificiel* constitue, lui aussi, un moyen de prothèse purement empirique. Yearsley avait remarqué que l'audition pouvait être améliorée, dans les larges perforations du tympan, par la présence dans le conduit d'un simple tampon glycériné. Son idée a été reprise par Nasiell, Toynbee et Jacques, entre autres : ils ont réalisé toute une série de petits diaphragmes munis d'une tige, que l'on place au contact de la perforation. Cette méthode a pu donner des résultats encourageants, entre les mains de malades bien entraînés à placer correctement leur prothèse : Caussé en a publié récemment deux exemples probants. L'amélioration porterait électivement sur les sons aigus. Malgré tout, la présence de ce corps étranger dans le conduit n'est pas sans inconvénients et les résultats sont trop inconstants pour que l'on puisse songer à généraliser la méthode.

Les appareillages téléphoniques. — L'idée de renforcer les sons au moyen d'un appareil téléphonique n'est pas nouvelle : comme on le sait d'ailleurs, c'est justement en essayant de guérir un proche parent, sourd, que Graham Bell fit sa géniale découverte. Bien longtemps avant la première guerre mondiale, les constructeurs avaient mis au point, à l'usage des sourds, d'ingénieux appareillages, comme celui de Laimé, qui comportait un microphone transmetteur, ou oreille artificielle, un microphone récepteur et un circuit alimenté par une pile de poche.

Les appareillages de ce genre, les seuls qu'on pouvait encore trouver jusqu'à ces dernières années, avaient bénéficié de beaucoup de perfectionnements : allègement considérable, plus grande fidélité, sensibilité accrue, amortissement des bruits extérieurs violents et soudains, possibilité pour le malade de régler l'amplification à la fois en puissance et en sélectivité.

Les organes récepteurs modernes consistent : 1° soit en vibrateurs, appliqués en arrière du pavillon, sur la mastoïde, utilisant exclusivement la conduction osseuse ; 2° soit en microphones munis d'un embout placé à l'intérieur du méat, utilisant la conduction osseuse et la conduction aérienne, dans des proportions d'ailleurs mal définies, ce sont ces derniers appareils que l'on appelle, par commodité, appareils à conduction aérienne. L'embout auriculaire doit être aussi bien adapté que possible à la forme du conduit, afin d'éviter des sifflements et des bruits parasites fort désagréables. Les embouts standard sont faits en caoutchouc. On peut, mieux encore, prescrire un embout fait sur mesure, le moulage du conduit ayant été pris au préalable avec le plus grand soin : ces pièces sont faites le plus souvent en acrylic, matière plastique facile à travailler, bien connue des stomatologistes, et que les parties molles tolèrent remarquablement.

Ces perfectionnements ont donné aux appareillages du type téléphonique une grande efficacité. Mais, actuellement, ces appareillages sont de plus en plus délaissés au profit des appareillages électronique.

Les appareillages électroniques. — Le dernier venu des appareils de prothèse, l'audiphone électronique n'est autre chose qu'un appareil de T. S. F. en miniature. Schématiquement, il comporte : *a*) un boitier, pas plus gros et pas plus lourd qu'un porte-cigarettes ; *b*) un fil ; *c*) un récepteur auriculaire. Le récepteur auriculaire est analogue à ce que nous avons décrit : vibrateur, ou auriculaire intra-méatique, nous n'y revenons pas.

Le boitier, solide et élégant, renferme les organes suivants :

1° Un microphone récepteur en quartz, piézo-électrique ;

2° Un groupe de lampes du type lampes de T. S. F., dont chacune possède en général cinq éléments : ces lampes ne sont pas plus volumineuses qu'une cerise, et leur réalisation représente un tour de force remarquable ;

3° Deux minuscules éléments de piles destinés à alimenter les circuits de ces lampes : batterie A de 1,5 volt pour le circuit de chauffage, batterie B de 45 volts alimentant les circuits-plaque ;

4° Des organes régulateurs, les uns fixes, résistances et capacités, aux constantes physiques soigneusement étudiées, les autres réglables par le malade lui-même : réglage en puissance, et réglage en sélectivité. Ce dernier réglage peut être orienté par l'étude de la courbe audiométrique ; souvent le malade le modifiera lui-même, suivant que son interlocuteur soit un homme ou une femme.

Les appareillages de ce type sont les plus légers, les plus discrets, ils sont plus sensibles que les appareillages téléphoniques, beaucoup plus fidèles, les malades qui les ont essayés refusent en général de reprendre un appareillage de l'ancien modèle. Malheureusement, leur prix reste très élevé.

On a aussi construit des appareillages électroniques fixes, alimentés directement par le secteur : leur place est toute trouvée sur le bureau de l'avocat ou du professeur, qu'une sorte de déficience auditive ne devrait plus, ainsi, gêner dans l'exercice de leur profession.

Certains dispositifs, tout récents, transforment les sons en images lumineuses lisibles sur un écran : ressource utile pour un sourd total, lui permettant de converser avec des sujets normaux sans imposer à ces derniers la servitude de la lecture labiale. Nous n'y insistons pas, car ce n'est plus, à vrai dire, de la prothèse auditive.

Ce qu'on peut demander d'un appareil. — On peut exiger d'un appareil qu'il soit très léger, qu'il soit discret, que sa construction soit assez robuste pour qu'il ne souffre pas des secousses. Son réglage ne doit pas être influencé par l'humidité, par les variations de température et, autant que possible, par le vieillissement des éléments de piles.

L'appareil doit être sensible, doit permettre au malade de percevoir la voix de conversation à une distance normale, environ

4 ou 5 mètres. Il doit éviter la déformation des sons, et comme disent les techniciens, ne pas donner de phénomènes de distorsion trop marquée : un bon appareil devrait permettre au malade, non seulement de suivre une conversation, mais encore d'entendre la musique avec plaisir.

Le réglage doit être facile, demander au malade le minimum d'apprentissage.

Par contre, on ne saurait demander à un appareil, même très perfectionné, de rendre au malade une audition absolument comparable à l'audition normale. L'appareil ne peut pas comme le fait l'oreille normale, donner aux bruits une orientation dans l'espace : le sourd appareillé peut entendre venir la rame de métro, par exemple, mais sans pouvoir indiquer de quelle direction elle arrive ; les yeux bandés, il ne peut pas préciser de quelle partie d'une chambre on lui parle. L'appareil ne peut pas, ce qui est bien plus désagréable, accommoder son amplification à l'égard de plusieurs bruits simultanés, alors qu'une oreille normale sait parfaitement, par exemple, laisser en veilleuse le bruit de la rue ou du train, le sujet ayant l'impression de n'entendre que la voix de son interlocuteur.

Comment choisir un appareil. — Chaque marque d'appareil possède ses caractéristiques électro-acoustiques, le plus souvent tenues secrètes par le fabricant. Il ne nous appartient pas de prendre parti dans la concurrence scientifico-commerciale qui sévit entre les diverses marques d'appareils : en fait, il n'existe aucun appareil pouvant convenir à n'importe quel malade. Certaines maisons présentent plusieurs modèles convenant chacun à un genre déterminé de courbe audiométrique.

Le médecin doit surtout intervenir dans le choix de la pièce auriculaire. Ce choix repose : 1° sur les valeurs comparées des transmissions aérienne et osseuse ; 2° sur l'état de l'oreille externe et du tympan : on ne prescrira point l'embout méatique aux anciens évidés, à ceux qui ont une sténose et surtout une dermatose du conduit, on se méfiera des infections secondaires (mastoïdite par pénétration de débris de moulage dans la caisse à la faveur d'une large perforation du tympan, comme dans un cas de Fowler) ; 3° sur les préférences du malade, qui préfère parfois le vibrateur rétro-auriculaire, peu visible ; 4° enfin, sur des considérations de technique pure. Dans les appareillages du type téléphonique, l'expérience montre que 80 % des malades bénéficient davantage du vibrateur mastoïdien que du récepteur méatique. Avec les appareils radio-électriques modernes, beaucoup de techniciens estiment avoir des résultats meilleurs en conseillant l'embout méatique.

Comment poser les indications de l'appareillage. — C'est surtout ici que devrait intervenir l'arbitrage du médecin. Or, un acousticien sérieux que nous avons visité nous a avoué que plus de 80 % de ses clients venaient le trouver sans avoir pris d'avis médical préalable. Il n'est point surprenant, dans ces conditions, que tant de sourds aient été déçus par la prothèse dans un passé encore récent, ce qui a jeté sur la méthode un discrédit par trop injustifié.

Il est évident que tous les sourds ne sont pas à appareiller : les *contre-indications* de la prothèse sont multiples, il serait souhaitable qu'elles soient mieux connues du public médical, et surtout qu'elles reçoivent le plus tôt possible une sanction officielle, ne serait-ce que pour prévenir les prescriptions faites à mauvais escient, et pour éviter d'odieuses contestations entre le malade, le médecin prescripteur et, éventuellement, un tiers payant tel que les Assurances sociales.

Nous distinguerons les contre-indications absolues et les contre-indications relatives.

a) On ne doit *jamais* appareiller, à notre avis, les malades appartenant aux catégories suivantes :

1° Les sourds unilatéraux, dont l'oreille opposée possède une audition normale ;

2° Les blessés exagérateurs, revendicateurs, dont la sincérité est à vérifier, ou qui présentent des troubles psychiques ;

3° Les sourds qui n'ont jamais entendu de leur vie le langage parlé, ayant perdu l'ouïe avant l'âge de trois ans ;

4° Les petits hypo-acoustiques, dont le seuil auditif est à peine plus élevé que la normale, ces petits déficients réclament volontiers un instrument amplificateur, mais n'en tirent nul avantage ;

5° Les malades dont l'otopathie est encore évolutive, et dont le déficit a des chances de pouvoir se modifier par la suite, sous l'effet d'un traitement approprié : il serait criminel d'appareiller une suppuration de l'oreille moyenne en activité, une neuro-labyrinthite syphilitique qui réclame impérieusement un traitement médical, une otospongiose que l'opération de Sourdille ou de Lempert peut améliorer, etc

b) En revanche, nous croyons que l'on peut appareiller, sous réserve de quelque prudence, et d'une surveillance ultérieure périodique :

1° Certains malades se plaignant de bourdonnements, si ceux-ci ne sont pas trop intenses ; on a vu des bourdonnements diminués après appareillage (mais on a aussi vu l'inverse) ;

2° Les sujets obligés de travailler au milieu d'un vacarme permanent : ils feront bien de n'utiliser leur appareil qu'en sortant de l'usine. Il est d'ailleurs rare qu'un travailleur manuel tire très grand avantage de la prothèse ;

3° On usera de patience et de diplomatie avec les malades nerveux, impatients, qui demandent toute une mise en main psychique, de même avec les étrangers qui comprennent mal notre langue ;

4° Les très grands sourds, dont on utilise souvent les restes auditifs de manière inespérée. Toutefois, ceux dont la perte d'audition par rapport à la normale atteint 80 décibels. dont les cochlées sont pratiquement mortes, risquent de ne tirer aucun avantage de la prothèse.

Pour conclure, quels sont les sourds à appareiller ? D'une manière générale, les sourds bilatéraux stabilisés, ne relevant plus ni d'un traitement otologique local, ni de la chirurgie, ni d'un traitement médical général, bref, ceux qu'il faut considérer moins comme des malades que comme des infirmes. Dès que la perte de l'audition à la voix parlée atteint ou dépasse 25 à 30 decibels, la nécessité de la prothèse est évidente. Les meilleurs cas pour la prothèse sont les sourds à conduction osseuse prolongée, ceux qui entendent bien au téléphone, catégorie heureusement assez nombreuse. Mais l'expérience des dernières années révèle qu'on obtient des résultats très encourageants même avec les sujets présentant des lésions de la cochlée ou du nerf auditif : cela n'est qu'une question de réglage en sélectivité, nous n'y revenons pas.

De quel côté faut-il appareiller ? Théoriquement, la prothèse bilatérale serait la meilleure solution, l'audition bi-auriculaire présente vis-à-vis de l'audition mono-optique les mêmes avantages que la vision bi-oculaire par rapport avec la vision monoculaire. Pratiquement, la prothèse bilatérale pose de tels problèmes de réglage synergique, qu'elle risque de ne pas être bien tolérée. La prothèse sera donc unilatérale : du côté préféré par le malade, en principe du côté de l'oreille la moins mauvaise, celle dont la conduction osseuse est la meilleure.

Les malades demandent parfois si la prothèse peut comporter des dangers pour leur audition résiduelle. On peut leur affirmer que non : certains sujets se son plaints, en effet, d'avoir une audition moins bonne qu'antérieurement, dès qu'ils quittaient leur appareil, mais les examens audiométriques montrent que ce n'est pas exact. Ils ont seulement mieux conscience de ce qu'il leur manquait avant d'être appareillés. Mais leur courbe reste absolument la même qu'auparavant.

Les traitements adjuvants. — L'efficacité de la prothèse peut être accrue par la rééducation et par la lecture labiale. La rééducation est indispensable chez tous : elle n'améliore pas les restes auditifs, mais elle aide le malade à mieux s'en servir, elle rend le sourd plus apte à bénéficier pleinement de la prothèse (Kennedy). Ses modalités varient avec l'âge, le psychisme, la profession du malade ; la collaboration consentie du sujet est évidemment nécessaire. On utilise des appareillages radioélectriques plus ou moins ingénieux, le plus simple étant de conseiller, avec Chavanon, les auditions de T. S. F. au moyen d'écouteurs individuels. La rééducation doit commencer avant l'usage de la prothèse et doit être poursuivie chez le malade muni de sa prothèse pendant plusieurs mois. On peut arriver à faire ainsi bénéficier de la prothèse des enfants dès l'âge scolaire.

La labio-lecture, ultime ressource des cas les plus graves, peut aussi constituer un adjuvant de la prothèse, ou plus exactement la prothèse peut faciliter l'apprentissage si difficile de la labio-lecture, ne serait-ce qu'en aidant le sourd à percevoir les voyelles graves, qui sont justement d'une lecture délicate sur les lèvres.

Conclusion. — Comme on le voit, la prothèse acoustique a grandement bénéficié des récents progrès de la radio-téléphonie. Définitivement sortie du stade empirique, elle constitue une ressource de tout premier ordre pour rendre aux sourds une vie, sinon normale, au moins tolérable.

Il faut que les malades sachent que la prothèse ne convient pas à tous les cas de surdité, que seul le médecin est qualifié pour leur dire si l'appareil peut être utile. Il faut que les sourds sachent ce qu'ils peuvent en attendre : beaucoup plus qu'on ne le croit communément, mais sans doute moins que ne le disent certains opuscules publicitaires d'origine américaine.

D'autre part, une collaboration mieux comprise entre le corps médical et les acousticiens serait souhaitable. Au médecin de poser les indications de la prothèse, d'interpréter l'audiogramme, d'orienter le choix de l'appareil. Mais il appartient au technicien, qui connaît les caractéristiques électro-acoustiques de chaque appareil, de fixer définitivement ce choix, en tenant compte des besoins du malade, mais aussi de son psychisme. Car nous n'en sommes pas encore à pouvoir prescrire un audiphone avec autant de précision qu'une paire de lunettes.

LA VIE UNIVERSITAIRE

Séance de rentrée de l'Université

Le 12 décembre dernier a eu lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne la séance solennelle de rentrée de l'Université sous la présidence de M. le recteur Roussy.

Au cours de la séance, la Faculté de Médecine a reçu trois docteurs *honoris causa*.

Nous sommes heureux de publier ci-dessous l'éloge que M. le Doyen Léon Binet leur a consacré.

Allocution du Professeur Léon Binet

Doyen de la Faculté de Médecine

La Faculté de Médecine de Paris a la joie de conférer le titre de *Docteur Honoris Causa* à trois savants qui, tous les trois, font pleinement honneur à la science et qui, tous les trois, sont des amis de notre pays :

Le professeur Herbert M. Evans, des Etats-Unis d'Amérique ;

Le professeur P. Judine, des Etats Soviétiques ;

Le professeur J. Schaumann, de Suède.

⁂

Directeur de l'Institut de Biologie Expérimentale à l'Université de Californie, à Berkeley, le professeur Herbert N. Evans est, de l'avis de tous, un des *biologistes* les plus éminents de notre époque.

Par une technique minutieuse et grâce à une intuition géniale, il a démontré que chez la rate, la pratique d'un simple frottis, partant de la sphère génitale, était capable de renseigner sur le fonctionnement ovarien et facilitait ainsi l'étude de l'action des diverses hormones naturelles et synthétiques.

Abordant le problème des vitamines, il a démontré le rôle d'un facteur alimentaire dit de « fécondité » ou vitamine E. Son expérience est fondamentale, laissez-moi la résumer : des rates d'environ vingt jours sont nourries à l'aide d'un mélange synthétique. Les animaux se développent bien et arrivent à maturité sexuelle à l'âge d'environ 80 jours. Ces rates sont accouplées à un mâle normal : il y a fécondation, l'œuf s'implante normalement mais les embryons ne tardent pas à succomber. Par addition de légumes verts ou d'une autre source de vitamines E, les femelles récupèrent la capacité de faire parvenir les petits à terme. Dans la suite M. Evans devait nous apprendre que cette vitamine pouvait être dosée et il nous montra qu'une unité de vitamine E se trouve dans 1 gr. 5 d'huile de germe de blé ou dans 50 grammes de salade verte.

Mais nous voudrions surtout retenir ici les magnifiques expériences du professeur Evans sur l'hormone ante-hypophysaire de croissance. Un extrait aqueux d'hypophyse antérieure, injecté à des rats pendant plusieurs semaines, provoque l'accélération de la croissance somatique ; cette accélération peut conduire à un véritable gigantisme. Aujourd'hui grâce à une technique d'extraction spéciale, Evans réussit à isoler une hormone de croissance ante-hypophysaire dont l'action est supérieure à toutes les autres préparations antérieures et dont les qualités physiques et chimiques sont parfaitement précises. Quel magnifique travail que celui qui aboutit à l'obtention d'une hormone efficace, représentant le plus puissant facteur de croissance.

Dans un pays où Claude Bernard avait considéré la croissance comme un phénomène mystérieux, dans ce pays où la méthode anatomo-clinique avait montré chez l'homme l'action de l'hypophyse dans l'acromégalie, dans certains cas de gigantisme et de nanisme, on conçoit l'accueil chaleureux réservé aux découvertes de M. Evans. Qu'il me permette de lui exprimer les sentiments d'admiration que nourrissent pour lui les physiologistes français, dont j'ai l'honneur d'être ici, aujourd'hui, le porte-parole.

⁂

Le professeur Judine est un des *chirurgiens* les plus éminents de l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques. Professeur à l'Université de Moscou, chirurgien-chef de l'hôpital d'urgence de cette capitale, M. Judine a été, pendant la guerre qui vient de se terminer, chirurgien en chef de l'Armée rouge.

Il est bien connu en France où chacun de nous est au courant de ses magnifiques travaux. Il est l'un des grands organisateurs de la chirurgie des hôpitaux d'urgence et dans son hôpital, qui comprend actuellement 750 lits, tout est préparé pour traiter *aussitôt* tous les cas qui lui sont adressés. D'autre part son esprit inventif s'est plu à mettre à jour les techniques les plus adaptées aux cas les plus difficiles et nous soulignerons ses interventions sur l'œsophage pour cancer et surtout rétrécissement. Non seulement il a su réaliser de brillantes techniques d'œsophagectomie, si difficiles puisqu'il s'agit d'aller enlever un organe qui parcourt successivement les espaces anatomiques du cou, du thorax et de la partie haute de l'abdomen, mais, de plus, il su refaire artificiellement un conduit alimentaire en greffant sous la peau antérieure du thorax une anse intestinale qu'il est allé aboucher, en haut, au pharynx, en bas à l'intestin.

Non content d'être un opérateur habile, il aime la physiologie et son travail le plus sensationnel dans ce domaine est la réalisation de transfusions de sang de cadavre qui ont si vivement intéressé le monde savant. Il a montré que, pendant plusieurs heures après la mort, le sang conserve toutes ses propriétés et peut être utilisé pour une transfusion comme celui des donneurs vivants. Actuellement il arrive à se procurer des quantités importantes en perfusant le cadavre à l'aide de sérum physiologique et en conservant par des sulfamides le sang ainsi extrait. De 1935 à 1945, M. Judine a ainsi obtenu plus de six mille litres de sang qui ont permis de sauver des milliers de vies humaines et il évalue lui-même à dix tonnes la quantité totale de sang de cadavre qui a été utilisée dans son seul institut.

Nous ne pouvons pas oublier son livre publié en France sur la transfusion, peu de temps avant la guerre, et je tiens à citer la joie dont il parlait récemment à ses amis français et qu'il a éprouvée chaque fois que sa Grande armée a franchi un fleuve important, en repoussant devant elle l'armée nazie. Il s'est réjoui quand elle a franchi le Dnieper, quand elle a passé la Vistule, l'Oder, mais quand elle est arrivée à Berlin sur la Sprée, il a pensé que ses troupes avaient contribué à libérer la Seine dans Paris et il a évoqué la rue de Seine où se trouve l'Académie de Chirurgie, dont il est membre depuis longtemps.

⁂

Le professeur Schaumann, de Suède, est un des plus grands *médecins* de l'époque actuelle.

Par un travail patient, échelonné sur de nombreuses années, il a éclairé toute une partie de la pathologie en réunissant des observations cliniques, histologiques, bactériologiques, thérapeutiques et, surtout, en faisant une synthèse qui a paru hardie au début et qui, maintenant, s'est imposée.

En effet, le mérite incontesté de Schaumann a été de démontrer que la maladie, qui porte si justement son nom, n'est pas seulement cutanée, mais aussi viscérale.

C'est lui qui a su démontrer que les lésions cutanées du type lupus pernio, les sarcoïdes étaient accompagnées de lésions profondes : ganglionnaires, muqueuses, osseuses, viscérales.

Et ce sont ses travaux si remarquables qui ont inauguré toute une série de recherches démontrant que la « Maladie de Schaumann » pouvait exister sans lésions cutanées.

C'est en raison de cette synthèse heureuse que les auteurs français ont proposé d'appeler l'ensemble de ces manifestations « Maladie de Schaumann » en précisant par une espèce de sous-titre la forme ou la variété : par exemple « Maladie de Shaumann à forme de lupus pernio ».

M. Schaumann est un véritable ami de la France et, en toutes circonstances il a prouvé son affection pour notre pays.

Pour toutes ces raisons scientifiques et personnelles, le titre de « Docteur Honoris Causa » de l'Université de Paris, rendra justice à ce grand médecin et à cet ami sincère de la France.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1946

Tenue en présence de S. E. M. BURCKARDT, *ministre de Suisse à Paris et en l'honneur des délégués de l'Académie Suisse des Sciences Médicales.*

M. ROUVILLOIS, président de l'Académie, souhaite la bienvenue à M. le Ministre de Suisse et aux délégués de l'Académie suisse. Il rappelle combien la bienfaisance helvétique a su rendre de services, durant la guerre, aux prisonniers, aux déportés aux Français de France avec le concours éclairé de la Croix-Rouge internationale, présidée par M. Burckardt. Même après la guerre les enfants de France ont continué de recevoir en Suisse des témoignages renouvelés d'une bienfaisance fraternelle. Les médecins français sinistrés peuvent en témoigner.

M. WEGELIN (de Berne), président de l'Académie Suisse, évoque le souvenir de la visite récente de l'Académie de Médecine de Genève et à Lausanne et expose brièvement la conception fédéraliste de l'enseignement médical en Suisse et du rôle national de l'Académie suisse.

La régulation du métabolisme du fer. — M. MICHAUD de Lausanne). — Le corps de l'adulte contient environ 5 gr. 5 de fer. La moelle osseuse et les hématies en représentent 3 gr., le fer fonctionnel des cellules 1 gr., le fer de réserve 1 gr., la myoglobine 300 à 600 milligr., le fer sérique 2 à 5 milligr. seulement.

L'équilibre doit s'établir entre le fer stocké, statique et le fer dynamique toujours en déplacement vers les points d'utilité physiologique. Le fer ingéré avec les aliments ne saurait suffire à remplacer rapidement les pertes importantes, après hémorragie par exemple ; son absorption a lieu dans le duodénum et le segment terminal de l'iléon. Son élimination se fait par la bile et l'intestin ; l'urine n'en contient pas.

Le centre de régulation siège dans le diencéphale. Il n'est pas douteux, physiologiquement et pathologiquement que le vague et surtout le sympathique ne jouent un rôle important dans cette régulation ; le système cérébro-médullaire n'est pas sans influence. L'action qui s'exerce semble faire aussi appel aux fonctions endocrines : hypophyse, thyroïde, glandes sexuelles.

Sur quelques affections chirurgicales du pancréas. — M. JENTZER (de Genève). — Pour le traitement du diabète on a essayé d'aider l'action de l'insulinothérapie en stimulant la glande par sympathectomie périartérielle de l'artère pancréatique, par omentopexie, par greffe de rameaux du nerf vague à partir de la petite courbure gastrique vers le pancréas. Il semble indispensable au succès d'agir très tôt. Dans les pancréatites aiguës et en particulier hémorragiques, le traitement d'urgence est uniquement médical : atropine à haute dose, éphédrine, restriction des boissons, glucose intraveineuse et insuline, parfois infiltration du splanchnique. L'orage passé on interviendra, le plus souvent sur les voies biliaires.

Les kystes sont justiciables de la résection s'ils occupent la queue ; de la marsupialisation et des injections sclérosantes s'ils siègent à la tête.

Tôt diagnostiquées les tumeurs malignes endocrines sont justiciables d'opérations associées de dérivation et de résection ; à une période plus avancée de la duodéno-jéjunostomie à anse longue, palliatif durant assez longtemps.

Les tumeurs endocrines seront extirpées s'il s'agit d'insulomes ; si la tumeur est maligne, ce que décèleront les courbes de la glycorégulation des résections partielles associées à l'alloxane pensent rendre service contre les tumeurs à cellules B.

Discussion : M. LERICHE.

Les problèmes actuels de la silicose. — M. NICOD (de Lausanne). — Bien que pauvre en mines, la Suisse connaît la silicose qui se présente dans des conditions particulières et a été surtout bien étudiée depuis 1939. Il est permis actuellement de considérer que : toutes les silicoses ne sont pas les mêmes, que toutes les poussières n'ont pas la même valeur et qu'il y a des différences notables entre les exploitations. Il suffit d'un temps parfois très court pour engendrer une silicose inexorable. La période silencieuse entre l'abandon du travail et le début de la silicose est parfois très prolongée (34 ans dans un cas). Dans tous les cas le pronostic est le même. La tuberculose, fréquente au cours de la silicose et en fin d'évolution ne joue pas un rôle causal aussi important qu'on le croit parfois. Il existe sans doute des critères pour le diagnostic anatomopathologique du nodule silicotique vrai et du tubercule secondairement calcifié.

Recherches sur les leptospiroses bénignes. — M. GSELL (de Saint-Gall). — En dehors de la maladie de Weil, il existe des formes bénignes de leptospiroses, sans ictère et dus à divers types de leptospires. Le laboratoire spécialisé de Saint-Gall a montré l'existence de trois formes cliniques et de 5 types microbiens :

1° Fièvre des champs, avec trois agents causaux possibles, frappant les sujets circulant nu-pieds dans des champs fréquentés par des souris ;

2° Maladie des jeunes porchers, frappant également les sujets en rapport habituel ou non avec le porc et l'élevage porcin ;

3° Forme canicola, tranmise par le chien. En Suisse la maladie sévit surtout sur le plateau de la Suisse centrale ; la profession y joue un rôle indirect, ce qui comporte des conséquences médicolégales.

Quelle que soit la porte d'entrée l'évolution est la même et l'absence de signes au niveau de l'entrée de l'agent infectieux est entière. L'incubation, trois semaines environ, varie un peu avec la quantité de leptospires. La principale complication précoce est la méningite séreuse ; la principale complication tardive, l'iridocyclite.

Le traitement, jusqu'ici inconnu, a trouvé dans la pénicilline le moyen d'agir sur les symptômes locaux et généraux.

D'autres animaux que le porc et les rongeurs sont peut-être vecteurs de germes : chat, cheval, vache.

Discussion : M. LEMIERRE.

La séance annuelle aura lieu le 24 décembre 1946.

Le discours traditionnel, consacré à Duchenne, de Boulogne et son temps, sera prononcé par M. Lhermitte.

Il n'y aura pas de séance le 31 décembre et la séance de rentrée est fixée au 7 janvier 1947.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1946

A propos de deux cas de cancer de l'œsophage. — M. WELTI.

Hémopneumopéricarde traumatique. — M. NÈGRE. — Rapport de M. Merle d'Aubigné.

Emphysème médiastinal aigu. Complication d'un traumatisme fermé du thorax. — M. NÈGRE. — M. Merle d'Aubigné, rapporteur. Observation d'un blessé guéri d'une triple plaie atteignant le lobe gauche du foie, l'estomac et la rate.

Abcès pelvien résiduel, après appendicectomie, tardivement ouvert dans la vessie simulant une tuberculose rénale. — M. PATOIR. — M. Couvelaire, rapporteur.

Récidive d'une sténose pylorique trente-cinq jours après une opération de Fredet. — M. FEREY. — M. Boppe a observé un cas analogue dans laquelle la récidive s'est manifestée une quinzaine de jours après l'opération.

La pénicilline dans deux cas de maladie de Reynaud et dans un cas d'artérite type Buerger. — M. FEREY a observé une influence remarquable des injections de pénicilline sur les douleurs et sur l'évolution des ulcérations au cours des artérites.

Tumeurs à myéloplaxes du col fémoral. Dégénérescence en sarcome à la suite d'un traitement radiothérapique. — MM. MOULONGUET, DELANNOY et DRIESENS soulèvent à propos de ces observations le problème des sarcomes développés au voisinage de régions irradiées au préalable.

M. Moulonguet considère que la dégénérescence des tumeurs à myéloplaxes ne s'observe pas, contrairement à ce qu'admet Coley. Il soulève la question du danger de la radiothérapie faite à doses fortes.

M. Mathieu rapporte une observation de tumeurs à myéloplaxes traitées par radiothérapie qui, dans les années qui suivirent, a fait un sarcome avec métastases pulmonaires.

Sur l'ulcère peptique après gastrectomie. — M. CHARRIER a opéré 67 ulcères peptiques dont 17 étaient consécutives à des gastrectomies. Trois seulement étaient secondaires à des gastrectomies bien faites dans les quatorze autres cas, il s'agissait de gastrectomies faites pour échec de gastro-entérostomie (17 étaient d'aileurs des gastrectomies trop étroites).

M. Charrier se demande si dans ces cas l'opération de Dragstedt n'est pas ce qu'il y a de meilleur. M. Banzet a fait cinq fois des vagotomies avec bons résultats immédiats.

SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1946

Deux cas de névrite optique par intoxication traitée par énervation sinu-carotidienne et résection du corpuscule carotidien. — MM. GIRAUD et ROZAN. — M. Leriche considère ces deux observations comme très rares ; il rappelle que l'idée originale de cette intervention est due à Abadie (1917). M. Leriche l'a utilisée depuis cette date pour traiter les hypotensions du liquide céphalo-rachidien après trépanation, ainsi que les rétinites pigmentaires dans lesquelles l'auteur n'a pas obtenu de succès. Dans l'otospongiose il faut combiner l'énervation sinu-carotidienne et une intervention locale. Dans deux cas d'hyperéflectivité sinusale, l'infiltration simple a suffi à guérir les malades.

Traitement des métastases osseuses multiples avec ostéolyses étendues vertébrales ou costales par la radiothérapie à doses massives associée à la téléradiothérapie totale. Disparition des signes radiologiques et cliniques. — M. LEHMANN. — M. Rouhier rapporte ce travail basé sur quatre observations qui permettent de modifier les idées actuellement admises sur la conduite du traitement radiothérapique. Il n'y a pas lieu, semble-t-il, de redouter les anémies après irradiation massive.

La chirurgie plastique dans la réparation des lèvres et de la joue. — M. GABARRO (Manchester) présente des figures de chirurgie réparatrice de la face.

La gastrectomie totale. Nouvelle technique. Résultats. — M. LEFÈVRE recommande la résection de l'appendice xyphoïde pour élargir la voie d'accès sur l'œsophage ; il préconise un procédé de suture des anses afférentes et efférentes pour réaliser une sorte de sac péritonéal enveloppant la suture œsophago-jéjunale. Enfin l'ablation de la rate est parfois nécessaire. Sur 35 opérations, 5 morts.

Sur 15 cas de récidive de cancer gastrique dans le moignon restant. Trois gastrectomies totales secondaires. — M. LEFÈVRE (Bordeaux).

Bureau pour 1947. — PRÉSIDENT : Pr Brocq. Vice-Président : M. SAUVÉ. Secrétaire général : Pr LEVEUF.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 22 NOVEMBRE 1946

Deux cas d'intolérance cutanée à la pénicilline. — MM. Gilbert DREYFUS, MAMOU et HERRAULT. — Il s'agit de deux cas d'intolérance cutanée à la pénicilline, apparition au quatrième et au cinquième jour pour le traitement d'un prurit intense suivi d'érythèmes. Une desquamation s'ébauche le lendemain du traitement. La cuti et l'intradermoréaction restent négatives.

Néphrite chronique hydropigène. Rétrécissement du côlon. Action de la polyvinylpyrolédone sur les œdèmes. — MM. DEROT, TANRET et HENRY. — Constatations chez une malade de 35 ans d'une néphrite hydropigène, d'un rétrécissement du côlon gauche entraînant une stase colique droite assimilable à une lésion focale. Les auteurs ont essayé de traiter l'œdème par des injections intraveineuses de polyvinylpyrolédone (subtosan). Résultats intéressants. Le subtosan paraît agir comme un diurétique déchlorurant.

Agranulocytose après sulfaméthyl-diazine. — M. DEROT. — Chez une jeune femme atteinte d'infection pelvienne, on donna 4 grammes par jour de sulfaméthyldiazine pendant quinze jours. Médication bien tolérée, la fièvre baissa, mais trois jours plus tard, la température remonta à 40° et un syndrome toxi-infectieux grave se montra accompagné d'une angine ulcéro-membraneuse. Le quatrième jour, on reprit la pénicilline : chute de la fièvre et production d'un choc leucémoïde. C'est un nouveau cas d'agranulocytose et un exemple de l'effet heureux de la pénicilline.

Pneumopathies aiguës par les acides nitrique et nitreux. — MM. EVEN, LECOEUR, SORS et RENAUX. — L'inhalation pendant quelques minutes de vapeurs d'acide nitrique ou nitreux peut déterminer une pneumopathie aguë caractérisée : 1° par la dyspnée, de la toux avec hémoptysie ; 2° radiologiquement : par des nodules ou des marbrures ou pommelures disséminées ; 3° anatomiquement, l'expérimentation permet de préciser que les lésions sont d'ordre fluxionnaire.

Septicémie à « Proteus », avec hépatonéphrite et anémie. — MM. Etienne MAY, BLOCH-MICHEL et SIBERTIN-BLANC. — Septicémie à *Proteus* due à un germe intermédiaire entre les *Proteus vulgaris* et le *Proteus X 19*. L'oligurie, l'hématurie et l'azoturie dominaient le tableau clinique ; celui-ci s'amenda après des infiltrations splanchniques et des injections intraveineuses de novocaïne.

Nanisme avec fragilité osseuse et images fissuraires type Milkman. Rapport possible avec le syndrome de Toni-Debré-Fanconi. — MM. Et. MAY, BLOCH-MICHEL et SIBERTIN-BLANC. — Observation d'une jeune fille de 20 ans présentant un nanisme sans infantilisme et un syndrome de fragilité osseuse avec images fissuraires type Milkman. Les auteurs notent l'existence de poussées de glycosurie et de polyurie. Ils sont conduits à évoquer l'hypothèse d'une forme fruste et tardive du syndrome de Toni-Debré-Fanconi.

Lymphadémie tuberculeuse consécutive à un choc thérapeutique. — MM. LEMIERRE et Marcel MORIN. — Une jeune femme atteinte d'une ulcération du pli interfessier et présentant une intradermo-réaction positive reçoit en 48 heures deux injections intraveineuses de vaccin antichancrelleux. La seconde injection provoqua une brusque ascension thermique à 40°. Deux jours plus tard apparaît une conjonctivite phlycténulaire. Six jours après volumineuses adénopathies sous-angulo-maxillaires, cervicales bilatérales et axillaire dont on constate après biopsie la nature tuberculeuse. Une fièvre élevée et irrégulière se prolonge pendant trois mois, accompagnée d'une splénomégalie.

Les auteurs pensent que chez cette femme, en contact prolongé dans son enfance avec un père tuberculeux, il devait exister des lésions ganglionnaires bacillaires latentes. A la suite du choc thérapeutique le processus tuberculeux est entré en action.

L'injection de vaccin antichancrelleux semble avoir exercé une action analogue à celle d'une injection de tuberculine.

Une discussion à laquelle prennent part MM. Worms, Lenègre et Paraf montre les dangers que peuvent présenter les chocs thérapeutiques.

SOCIETE DE PEDIATRIE

SÉANCE DU 19 NOVEMBRE 1946

Sclérodermie grave guérie depuis 14 ans. — MM. J. HALLÉ et J. ODINET présentent une jeune fille de 21 ans qu'ils ont traité par l'opothérapie thymique en 1932 pour une sclérodermie grave, rapidement extensive, accompagnée de troubles fonctionnels importants. Elle est actuellement guérie de sa sclérodermie et ne présente plus comme séquelles qu'une pigmentation brune de la peau au niveau des anciennes bandes de sclérose, une raideur du poignet droit et une atrophie discrète du membre supérieur droit.

Cirrhose alcoolique du jeune enfant. — M. CATHALA présente une fillette de 30 mois atteinte à la suite de l'absorption quotidienne de cidre d'une cirrhose hypertrophique ascitique du foie survenue au décours d'une broncho-pneumonie. L'alcoolisme ayant cessé depuis un an, on assiste actuellement à une régression des signes de cirrhose qui font espérer une plus grande amélioration dans l'avenir.

Tumeur maligne du poumon développée aux dépens d'un kyste aérien. — MM. GIRAUD, BERNARD, MÉTRAS ET ORSINI (de Marseille) rapportent l'observation d'un enfant chez lequel ils ont porté à cinq mois le diagnostic de kyste aérien du poumon. L'évolution en fut banale pendant deux ans, entrecoupée de quelques épisodes fébriles. L'apparition en 1946 d'une opacité marquée les conduisit à pratiquer une lobectomie au cours de laquelle succomba l'enfant, mais qui permit de constater l'existence d'une tumeur dure, bosselée, obstruant les bronches. Il s'agissait d'un réticulo-sarcome.

Un cas d'actinomycose costo-vertébrale traitée par la pénicilline. — MM. J. LEVEUF, M. LAMY, Mlle JAMMET, MM. AUSSANAIRE et AMADO rapportent l'histoire d'un enfant de 10 ans qui présenta pendant plusieurs mois de la fièvre, des douleurs thoraciques et un mauvais état général. Les radiographies montraient une ombre occupant le tiers supérieur de l'hémithorax droit et le médiastin, ainsi que des lésions importantes des 2e à 5e côtes droites et des 2e à 4e vertèbres dorsales. L'examen du pus après ponction permit de déceler un actinomyces.

Le curettage chirurgical de la cavité, l'instillation locale de plus d'un million d'unités de pénicilline et un traitement général de 4.400.000 unités en douze jours permirent une guérison complète en quelques semaines.

Syndrome pseudo-syringomyélique. — MM. J. Marie et Sée présentent un enfant de un an né en état de mort apparente et présentant depuis lors des troubles de déglutition, une thermo-analgésie complète, de l'hypotonie musculaire avec aréflexie qu'ils pensent pouvoir attribuer à une lésion cérébrale congénitale chez un prématuré.

Osthéopathie syphilitique chez deux enfants d'une même famille. — M. Willemin-Clog présente les radiographies d'une enfant atteinte d'hyperostose en fuseau des péronés et d'hyperostose banale des fémurs et des tibias. Une sœur aînée est atteinte de gomme du tibia gauche et d'hyperostose du tibia droit. La sérologie des deux enfants est positive. La mère est atteinte de syphilis sans lésions viscérales décelables.

Deux cas de myosite ossifiante. — MM. Sémelaigne et Hurez présentent une fillette de 11 ans atteinte depuis quatre ans d'une myosite ossifiante ayant débuté par l'apparition de tumeurs fibreuses qui se sont progressivement ossifiées. La mâchoire est bloquée et il a fallu faire une brèche dentaire pour nourrir l'enfant. L'épaule gauche est bloquée, la droite très limitée dans ses mouvements ; le cou est raide : les jambes sont encore intactes. Les radiographies montrent des ponts osseux. Ils en rapprochent un deuxième cas chez lequel ils ont constaté l'apparition et la disparition rapide de tuméfactions tenant au muscle et au tissu cellulaire et chez lequel commencent à apparaître les noyaux osseux.

Métastases pleuro-pulmonaires et ganglionnaires d'une tumeur rénale. — M. Lowys montre des clichés donnant l'impression d'une lésion tuberculeuse des poumons chez un enfant dont la cuti-réaction était négative. Il s'agissait en réalité de métastases d'une volumineuse tumeur rénale, pesant 5 kg. et semblant avoir évolué en sept ans.

Péricardite et néphrite aiguë chez un enfant atteint de tuberculose pulmonaire initiale. — M. Lowys présente les radiographies d'un enfant atteint de tuberculose pulmonaire initiale avec bacille de Koch dans le contenu gastrique ayant rétrocédé rapidement. Trois mois plus tard apparut une péricardite ayant également cédé rapidement, et six mois après une néphrite aiguë chlorurémique avec anurie transitoire dont il discute l'origine tuberculeuse.

L'asystolie aiguë curable chez le nourrisson. — MM. Bernheim et Jeune rapportent trois cas d'insuffisance cardiaque aiguë survenus chez des nourrissons sans aucune cause apparente et caractérisés par la polypnée, la cyanose et une hépato-cardiomégalie ; on entendait un bruit de galop ; la radio montrait un cœur globuleux. Tous ces signes ont rétrocédé rapidement sous l'influence de la digitaline.

Le syndrome toxi-infectieux épidémique du nouveau-né. — MM. Lust et Nelis (de Bruxelles) décrivent une affection fréquente en Amérique et qui commence à se développer en Europe. Elle frappe les nouveau-nés de 8 à 12 jours et se caractérise par des signes d'intoxication, une diarrhée profuse avec selles décolorées, une déshydratation intense et des signes d'acidose. Le pronostic est sévère et tous les traitements sont inefficaces. Les autopsies n'ont montré aucune lésion et l'étiologie reste imprécise.

Traitement de la sténose hypertrophique du pylore par le lait de femme concentré. — M. Legros expose sa technique du traitement des sténoses du pylore par les lavages d'estomac et le lait de femme concentré et sucré à 5 %. Il y ajoute si besoin des injections de sérum glucosé et de sérum de Ringer pour lutter contre la déshydratation. Il a obtenu la guérison de neuf cas sur dix par ce seul traitement ; le dixième cas a dû être opéré.

L'auteur donne sa technique de préparation du lait de femme concentré à 50 %.

CORRESPONDANCE

Effets inattendus d'une piqûre de frelon

Au professeur Brelet (1)

C'est un médecin de campagne — confrère soyez satisfait — qui se décide à ajouter une observation à propos d'une piqûre d'insecte porteur d'aiguillon.

En août dernier je fus appelé d'urgence un matin, à sept heures. Je me trouvais, une demi-heure après, au chevet d'un brave cultivateur de mes clients qui, très inquiet, m'apprit qu'il avait été piqué, il y avait environ trois quarts d'heure, par « un gros frelon jaune et poilu cerné de rubans noirs », une seule piqûre au niveau du lobe de l'oreille gauche. Il avait immédiatement été pris de vertiges et accusait encore un malaise indéfinissable.

Je constatais un œdème serré et douloureux de l'oreille externe commençant à gagner la région parotidienne et une éruption ortiée et prurigineuse... des deux pieds remontant à mi-jambe.

En quelques minutes l'urticaire, appelons-le par son nom, se répandit sur toute la surface du corps en s'accompagnant de demangeaisons atroces, mon malade me suppliant de le soulager au plus tôt. Ajoutons à cela un frisson généralisé, de la pâleur, une tendance à la syncope, une sensation d'angoisse intense, un pouls filant impossible à prendre, de la tachycardie, une tension artérielle à 9-4, puis à 8-3 1/2 (au vaquez), j'avais un tableau classique de crise colloïdo-classique.

Pour parer au plus pressé, j'injectais rapidement un camphre, un milligramme d'adrénaline sous la peau, et trouvant une ampoule d'EMG Lumière dans ma sacoche, je l'injectais par la voie veineuse en poussant doucement le liquide.

C'est alors que j'assistais à une crise excito-motrice de très forte intensité au moment même où les plaques urticariennes commençaient à disparaître : le malade, jusqu'alors assez calme en dépit de son prurit, sembla perdre connaissance, s'étendit sur le lit en proie à une agitation désordonnée, contractant fortement ses membres, cherchant à s'arracher les cheveux, trois personnes étant à peine suffisantes pour arriver à le maintenir. Il fut même un moment dramatique où les yeux révulsés et la respiration stertoreuse, il présenta quelques secondes d'apnée. Après cette première crise très violente suivirent deux autres périodes d'excitation d'intensité plus faible et lorsque le malade reprit une allure normale trois heures après la piqûre du frelon, il ne se souvenait absolument pas de l'épisode d'agitation qu'il venait de traverser.

Pour tranquilliser la famille, je repassais vers midi. Il n'y avait plus trace d'urticaire, la tension était remontée à 13-6 et le malade n'accusait qu'une légère lassitude qui disparut rapidement.

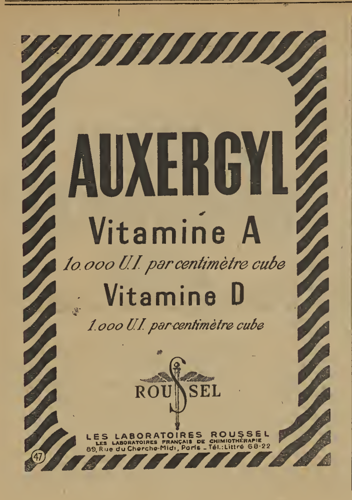
Voici rapidement contée l'aventure qu'il advint à ce paysan à propos d'une piqûre de frelon.

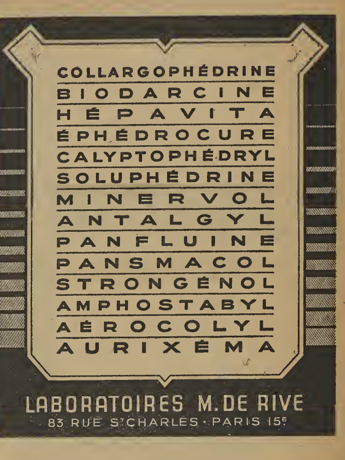
Comment expliquer le retentissement nerveux de cette injection de venin ? Peut-on le mettre sur le compte du choc anaphylactique ? Doit-on invoquer un œdème cérébral, une « éruption urticarienne de la corticale » ?

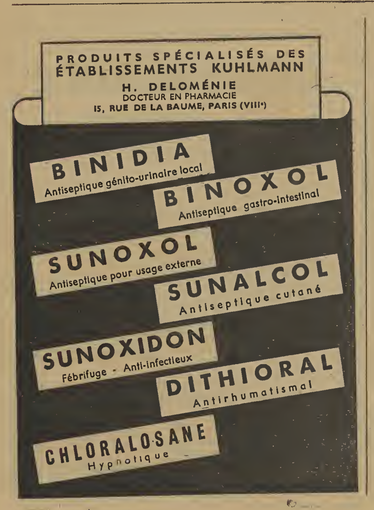
Autant de questions que je pose, n'osant y répondre moi-même, de sorte qu'il manque à cette observation une conclusion que je demande à une autorité plus compétente que le médecin de campagne qui n'a malheureusement pas le temps de travailler à parfaire son instruction médicale.

Dr Georges Rance, à Mougins.

(1) Cf A propos d'une piqûre de guêpe, Brelet (Nantes). *Gaz. hôp.*, 1946, p. 512 et 559.


AUXERGYL
Vitamine A
10.000 U.I. par centimètre cube
Vitamine D
1.000 U.I. par centimètre cube
ROUSSEL
LES LABORATOIRES ROUSSEL
LES LABORATOIRES FRANÇAIS DE CHIMIOTHÉRAPIE
89, Rue du Cherche-Midi, Paris - Tél.: Littré 68-22
47


COLLARGOPHÉDRINE
BIODARCINE
HÉPAVITA
ÉPHÉDROCURE
CALYPTOPHÉDRYL
SOLUPHÉDRINE
MINERVOL
ANTALGYL
PANFLUINE
PANSMACOL
STRONGÉNOL
AMPHOSTABYL
AÉROCOLYL
AURIXÉMA
LABORATOIRES M. DE RIVE
83 RUE ST CHARLES - PARIS 15E


PRODUITS SPÉCIALISÉS DES ÉTABLISSEMENTS KUHLMANN
H. DELOMÉNIE
DOCTEUR EN PHARMACIE
15, RUE DE LA BAUME, PARIS (VIIIe)
BINIDIA
Antiseptique génito-urinaire local
BINOXOL
Antiseptique gastro-intestinal
SUNOXOL
Antiseptique pour usage externe
SUNALCOL
Antiseptique cutané
SUNOXIDON
Fébrifuge - Anti-infectieux
DITHIORAL
Antirhumatismal
CHLORALOSANE
Hypnotique

CHRONIQUE

La leçon inaugurale du professeur Moreau

Prenant possession de la chaire de pathologie médicale, le professeur René Moreau a prononcé, le 12 décembre, au grand amphithéâtre de la Faculté, sa leçon inaugurale. Affluence considérable : autour d'un hémicycle très rempli, les degrés de l'amphithéâtre avaient peine à contenir, en plus des étudiants dont la sympathie se manifestait sans contrainte, un nombre impressionnant de collègues d'internat de toutes les promotions, même les plus anciennes, celles des maîtres d'à présent.

Après les quelques mots affectueux par lesquels le doyen Binet s'acquittait de ce qu'il appelait « une présentation superflue », le nouveau professeur, cachant mal son émotion, prit la parole. Il prit aussi son auditoire.

Après le remerciement traditionnel, l'assistance écouta avec une amitié avide et haché de ses applaudissements une des leçons les plus brillantes sans doute, par lesquelles, dans le vénérable amphithéâtre, un enseignement ait été inauguré. Le « cursus vitæ » et les souvenirs personnels y tinrent une place inaccoutumée et ce fut une étonnante galerie de portraits où la ressemblance des vivants était la caution, pour les plus jeunes, de la fidèle peinture de ceux qu'ils n'avaient pu connaître. Les anciens y voyaient et entendaient à nouveau des maîtres de leur jeunesse à qui le professeur Moreau disait sa reconnaissance en une langue très simple et très pure, où l'émotion cherchait à se dissimuler derrière la finesse d'un esprit étincelant : Campenon, Paul Berger, Gosset, Chauffard, Nageotte, Babinski, Widal et tous les siens, Souques et combien d'autres, pour ne parler que des aînés.

Quittant à regret la « Galerie des Illustres », M. Moreau esquissa un panorama de la médecine des trente dernières années, période féconde dont il fit l'apologie sans en celer les faiblesses. Il montra comment l'enseignement, même théorique de la pathologie, devait être, plus que jamais, vivant, clinique et surtout pratique, la médecine générale ayant au fond toujours le dernier mot ; comment il fallait se garder des théories trop ingénieuses et des engouements de la mode : « Les maladies se fanent vite au jardin de la Nosologie !... » Le travail libre et enthousiaste, l'esprit d'équipe bien compris, l'enseignement mutuel, l'humanité compatissante, tout ce que l'internat si injustement attaqué apprend aux siens, M. Moreau voudrait en faire le bien de tous les étudiants, afin qu'en un temps de misère, la médecine française conserve sa prééminence des époques heureuses.

R. L.

Une conférence sur la science soviétique

Sous le patronage du Centre culturel et économique de l'Association France-U.R.R.S. ont été prononcées, le 10 décembre, dans l'amphithéâtre Richelieu, à la Sorbonne, trois intéressantes conférences par des membres de l'Académie de Médecine de l'U.R.S.S., venus représenter leur pays aux cérémonies du Cinquantenaire de la mort de Pasteur.

Le professeur Zbarski, professeur de biochimie à la Faculté de Médecine de Moscou, a entretenu l'assistance de l'organisation, toujours accrue en ces dernières années, des soins médicaux à la population, de l'enseignement médical, du recrutement des praticiens, du corps enseignant, de l'organisation des équipes de recherche.

Le professeur Pavlovski, éminent zoologiste, membre de l'Académie des Sciences de Moscou, exposa l'organisation des Académies, de leurs Instituts et de la conception actuelle de la recherche planifiée.

Enfin le professeur Engelhardt, spécialiste des enzymes et des vitamines, précisa le rôle des Académies dans l'établissement des plans de recherches, dans l'attribution aux savants des récompenses gouvernementales et donna enfin quelques aperçus sur la façon dont entrent en liaison et collaborent les organismes de recherches et les industries d'utilisation.

L.

INTERETS PROFESSIONNELS

Communiqué du Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins

Transfert du siège du Conseil départemental

Le Conseil départemental de la Seine de l'Ordre des Médecins rappelle que son siège est transféré, depuis le 2 décembre 1946, 14, rue Euler, Paris (8e). Métro : George-V. Téléphone : Ely. 95-11.

Les bureaux sont ouverts aux médecins de 9 heures à 12 heures et de 14 à 18 heures.

Le visa des certificats médicaux pour les malades est assuré de 8 h. 30 à 11 heures et de 13 h. 30 à 16 heures.

VISA DES CERTIFICATS POUR L'OBTENTION DE DEVISES CONCERNANT LES MALADES NE POUVANT ÊTRE TRAITÉS QU'EN SUISSE.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins, à la suite d'une requête de l'Office des changes, a adopté la réglementation ci-dessous indiquée, afin de « limiter l'octroi de devises aux cas vraiment indispensables ».

Avant le départ du malade pour l'étranger, le médecin traitant adresse au Conseil départemental un certificat accompagné d'une lettre fermée.

Le certificat ne comporte pas de diagnostic, mais mentionne que le malade ne peut pas être soigné en France.

La lettre fermée, adressée au président du Conseil départemental, indique le diagnostic et toutes circonstances justifiant de la thérapeutique à effectuer à l'étranger.

Seul le certificat sans diagnostic sera rendu au malade pour être remis à l'Office des changes.

Pour les cas de tuberculose, le visa du Conseil départemental est en général accordé lorsque les renseignements généraux indiquent l'insuffisance du nombre de nos lits de sanatorium. Le visa est également donné pour certains traitements orthopédiques à des blessés et invalides de guerre.

Cette réglementation est celle qui est utilisée dans le département frontière, le Bas-Rhin, département dans lequel les médecins sont fréquemment sollicités par des personnes devant se rendre en Suisse.

VISA DES CERTIFICATS CONCERNANT DES MALADES CHRONIQUES EN VUE DE L'OBTENTION DE SUPPLÉMENT DE CHARBON.

Il est rappelé que ces certificats sont établis en double exemplaire.

L'un est destiné à la mairie et ne comporte aucune indication concernant la maladie, si ce n'est la nécessité dans laquelle se trouve le malade de garder constamment la chambre.

L'autre est adressé au président du Conseil départemental, sous pli fermé, il indique la nature de la maladie et toutes circonstances justifiant l'utilité d'un chauffage supplémentaire.

QUALIFICATION DES SPÉCIALISTES.

Le Conseil National a élaboré les principes sur lesquels il désire que s'établisse la qualification indispensable des spécialités et des spécialistes. Le rapport adopté par le Conseil National a été remis à la Confédération et, une fois l'accord définitif intervenu, le projet général sera communiqué aux Conseils départementaux et aux syndicats.

NOMENCLATURE.

Le Conseil National a étudié la nomenclature du point de vue de l'Ordre : respect du secret professionnel, possibilité d'introduction de la dichotomie par la voie de la nomenclature, etc., et a proposé ses suggestions à la Confédération pour qu'elle soutienne son point de vue devant la Commission de réforme de la nomenclature.

BIOLOGIE MÉDICALE.

Le Conseil National, à l'unanimité, a décidé de soutenir les médecins biologistes dans leurs revendications tendant à réintégrer la biologie médicale dans la nomenclature, à obtenir une réforme du statut des laboratoires. D'une façon générale, le Conseil a décidé de faire en sorte que la biologie médicale — qui est une discipline essentielle de notre art — reste intégrée dans la médecine.

Bien que ce problème n'intéresse qu'un nombre relativement limité de médecins, le Conseil national le considère comme capital, puisqu'il soulève une question de principe à laquelle l'Ordre reste attaché.

Assurances en matière de responsabilité civile des automobilistes

Un arrêté en date du 30 novembre (J. O., 11 décembre 1946), autorise les Sociétés d'assurances, pour les contrats dont la conclusion est postérieure au 1er décembre 1946, à pratiquer un tarif maximum égal au tarif en usage au 1er septembre 1939 et majoré de 500 pour 100.

Le tarif maximum fixé plus haut n'est applicable qu'aux contrats qui comportent au bénéfice des deux parties une clause de résiliation annuelle moyennant préavis d'un mois et auxquels les Sociétés s'engagent à ne plus percevoir de coûts de police, de coûts d'avenant ou de droits de répertoire.

Naissance

Le Dr Déjardin, à Pont-à-Mousson, fait part de la naissance de sa troisième fille, Bernadette, 4 novembre 1946.

Nécrologie

Nous avons appris avc une vive peine la mort, survenue à Clermont-Ferrand, le 4 décembre, du professeur Dionis du Séjour, membre associé de l'Académie de chirurgie. Il était âgé de 72 ans.

Après avoir commencé sa médecine à l'Ecole de Clermont, où il fut d'abord l'élève du regretté Bousquet, Dionis vint terminer ses études à Paris. Ses maîtres en chirurgie furent Lyot, Nélaton et Kirmisson. Nommé professeur suppléant à l'Ecole de Clermont-Ferrand, il devenait par la suite professeur de clinique chirurgicale infantile. On lui doit en chirurgie et en orthopédie des travaux estimés.

En 1942, Dionis du Séjour prit sa retraite. A cette occasion, ses élèves et ses amis, réunis autour du professeur Castaigne, lui remirent une médaille en témoignage d'admiration et d'affection. Dionis méritait cet hommage à tous égards. Sa franchise parfois un peu rude cachait mal une bonté et un dévouement que nous avons souvent éprouvés. Est-il enfin besoin de rappeler que le nom qu'il portait si dignement était illustre dans notre profession. Dionis descendait de deux célèbres médecins du XVIIIe siècle et avait compté dans sa famille plusieurs confrères estimés.

Nous prions sa veuve, son frère et ses neveux, dont l'un continue la tradition médicale, de trouver ici l'expression de nos condoléances les plus affectueuses.

F. L. S.

— Le Dr Lauwers (de Courtrai), correspondant de l'Académie de Chirurgie de Paris.

— Le Dr Michel d'Oelsnitz (de Nice), ancien interne des hôpitaux de Paris (1901).

— Le médecin général de la marine (cadre de réserve) Louis Bouteille.

LIVRES NOUVEAUX

Les stomatites. Conférences des stomatologistes des hôpitaux de Paris, par MM. Lebourg, Hénault, Lambert, Cernéa, Mme Chaput, MM. Friez, Hennion et Vrasse. Un volume de 214 pages. Masson et Cie, édit.

Cet ouvrage réunit douze conférences faites à l'Hôtel-Dieu sur les affections inflammatoires de la bouche qui méritent d'être classées sous ce même vocable. Il constitue une mise au point anatomique, clinique et thérapeutique complète de nos connaissances actuelles sur une question qui intéresse, non seulement le stomatologiste et le dermatologiste, mais de plus en plus le praticien.

« Les stomatites groupent toutes les inflammations de la muqueuse buccale », dit M. Lebourg, qui complète : « Une inflammation de la muqueuse buccale est toujours une stomatite, que ce soit une maladie autonome, un syndrome, un épiphénomène, une complication, quelle que soit son étiologie ou sa pathogénie, quelle que soit sa forme anatomique ou ses localisations, qu'elle soit gingivale, linguale, labiale, jugale, quelle que soit enfin son évolution, c'est toujours une stomatite. »

L'Electro-choc et la psycho-physiologie, par J. Delay, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin des hôpitaux de Paris, docteur ès lettres. Un volume de 170 pages. 170 fr. Masson, édit. Paris.

L'électro-choc se montre efficace dans quatre syndromes : la mélancolie, la manie, la schizophrénie, la confusion mentale. Il n'agit pas sur la cause mais sur le mécanisme du désordre mental ; son action n'est pas étiologique, mais pathogénique. Or, la modération expérimentale des syndromes qu'engendre le traitement permet de préciser leur structure psycho-pathologique. Ainsi se trouvent posés sous un jour nouveau des problèmes de psycho-pathologie générale longtemps controversés et d'une réelle importance théorique.

I. L'électro-choc et son interprétation : épilepsie électrique. Epilepsie et diencéphale.

II. L'électro-choc et l'humeur : humeur mélancolique ; humeur maniaque ; humeur hébéphrénique ; régulation thérapeutique de l'humeur ; humeur et diencéphale.

III. L'électro-choc et la conscience : la conscience et ses dissolutions ; électrotro-choc et régulation de la conscience ; conscience et diencéphale.

Syndrome cortico-pleural. Son étude clinique et expérimentale, par J. Skladal, professeur de physiologie clinique à l'Université de Prague. Un volume de 144 pages, avec 40 figures. Masson et Cie, édit.

On a beaucoup critiqué la notion de cortico-pleurite et soutenu qu'elle n'avait aucune base anatomo-pathologique. L'ouvrage du professeur Skladal semble devoir renouveler l'aspect du problème, par les éléments originaux et personnels qu'il met en valeur.

Partant d'expériences nouvelles qui l'amenèrent à remarquer l'existence d'un dédoublement du bruit expiratoire au cours de certaines auscultations avec expirations soudaines provoquées, l'auteur a été conduit à étudier les causes et le mécanisme de ce phénomène, et à le relier aux autres signes cliniques des cortico-pleurites.

Les travaux effectués par lui de 1931 à 1939 lui ont ainsi permis d'isoler un syndrome cortico-pleural, et d'en démontrer l'autonomie. Ce sont ces résultats que le professeur Skladal expose ici. « Le syndrome cortico-pleural est caractérisé par deux groupes de signes : les signes stéthacoustiques et les signes radiologiques. A son degré le plus simple, il est exprimé cliniquement par le syndrome de condensation corticale latente. »

Pour l'auscultation, un procédé spécial est nécessaire : c'est celui de l'expiration soudaine provoquée. Dans une première partie, l'auteur en démontre longuement le mécanisme et le bien-fondé. Il en expose méthodiquement toute l'expérimentation.

La deuxième partie est consacrée au syndrome de condensation corticale latente : « ...au point de vue de l'auscultation, il s'agit surtout de la modification du bruit expiratoire simple en un bruit dédoublé, ou bien encore triplé, du rythme de galop pulmonaire. Radiographiquement, il s'agit de signes qui décèlent le substractum cortico-pleural, du point de vue physique et anatomique ».

L'auteur conclut en démontrant l'autonomie du syndrome cortico-pleural, dont la conception, dit-il, « repose sur une base expérimentale, pathologique et clinique solide ».

On ne saurait manquer de remarquer l'aisance avec laquelle le professeur Skladal s'exprime dans une langue qui n'est pas la sienne, en un français alerte et concis. En plus de son intérêt propre, cet ouvrage représente un jalon important sur la voie d'une amitié et d'une collaboration scientifique efficace entre la France et la Tchécoslovaquie.

Précis de Séméiologie chirurgicale élémentaire, par Yves Bourde, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien des hôpitaux de Marseille. Un vol. in-8° de 522 pages, avec 172 figures dans le texte et hors texte, 530 fr. G. Doin et Cie, éditeurs, Paris, 1946.

Cet excellent précis, destiné aux débutants, étudiants ou jeunes médecins, leur apprend avec méthode à regarder, à palper, à inspecter les diverses régions de l'organisme. Il leur apprend à reconnaître les divers symptômes dans leurs éléments pour les conduire du symptôme à la maladie.

De nombreux schémas illustrent et rendent plus clair l'exposé des signes.

Pour chaque région, les symptômes sont décrits avec une telle méthode, une telle richesse de détails, que ce précis de séméiologie rendra les plus grands services aux étudiants plus avancés dans leurs études et à tous les médecins désireux de se remettre en mémoire les signes essentiels devant les conduire à un diagnostic chirurgical. C'est un des meilleurs livres de séméiologie parus depuis ces dernières années.

Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

TABLE DES MATIÈRES

N° 31. — SAMEDI 28 DECEMBRE 1946 119e ANNEE Ce numéro : 7 francs

La Lancette Française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

49, rue Saint-André-des-Arts (PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE), PARIS (6e) - Tél. : Danton 48-31

[Abo]NNEMENT : Un an, France et Colonies, 250 fr. Etudiants, 125 fr.; Etranger, 400 fr. *Chèques postaux : Paris 2538-76*

PUBLICITÉ : M. A THIOLLIER 116, boulevard Raspail, PARIS (6e) Téléphone : LITTRÉ 54-93

Pour les renouvellements d'abonnements et pour toute la correspondance s'adresser directement à nos bureaux

Directeur : Dr François LE SOURD — *Rédacteur en chef* : Dr Marcel LANCE

Périodicité provisoire : chaque samedi

SOMMAIRE

SYNDICAT DES JOURNAUX MÉDICAUX FRANÇAIS

Dans l'impossibilité où les journaux médicaux se trouvent actuellement d'établir un prix de revient, et devant la perspective d'un relèvement continu en cours d'année, des frais d'impression et de papier, et des frais généraux, le SYNDICAT DES JOURNAUX MÉDICAUX *a dû décider d'appliquer aux tarifs d'abonnement, au début de l'année 1947, une majoration nouvelle. Cette majoration porte notre nouveau tarif annuel à 375 francs pour la France, à 200 francs pour les étudiants et à 600 francs pour l'étranger. Elle sera appliquée à compter du 1er janvier 1947.*

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS

Concours d'O.-R.-L. des hôpitaux. — 2e concours. — M. Debain a été nommé.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nominations. — M. Lemaire, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie expérimentale et comparée (dernier titulaire : M. H. Bénard).

M. Piedelièvre, professeur sans chaire, est nommé professeur titulaire de la chaire de médecine légale (dernier titulaire : M. Duvoir, transféré).

J. O., 21 déc. 1946.

Leçon inaugurale. — M. le professeur Lelong fera sa leçon inaugurale de la chaire de puériculture, le mardi 22 janvier 1947, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de Médecine.

Vacances de Noël et du Jour de l'An 1946-1947

La Faculté (cours, travaux pratiques et examens) sera fermée du lundi 23 décembre 1946 inclus au jeudi 2 janvier 1947 inclus.

Les cours, travaux pratiques et stages reprendront normalement le vendredi 3 janvier matin.

SECRÉTARIAT

Les bureaux du Secrétariat seront fermés :

1° Le mardi 24 et le mercredi 25 décembre 1946 ;

2° Le mercredi 1er et le jeudi 2 janvier 1947.

En dehors des jours ci-dessus et pendant la période du 23 décembre 1946 au 31 décembre 1946, le Secrétariat sera ouvert tous les jours de 13 à 16 heures.

BIBLIOTHÈQUE

La bibliothèque sera fermée :

Du lundi 23 décembre inclus au jeudi 2 janvier 1947 inclus.

Une séance spéciale pour le service de prêt aura lieu le lundi 30 décembre, de 14 à 16 heures.

Facultés de médecine de province

Montpellier. — Par arrêté en date du 12 décembre 1946, le titre de professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier, est confié à M. Jeanbrau, ancien professeur de cette Faculté, admis à la retraite.

Un deuxième arrêté du 12 décembre (J. O., 18 décembre), déclare la vacance de la chaire de clinique urologique de la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier (dernier titulaire : M. Jeanbrau).

Légion d'honneur

GUERRE

OFFICIER. — Le méd. Lieut. Benech, dit Masaryck.

CHEVALIER. — Les méd. lieut. Marill, de Blanchaud et Cheyron ; les méd. cap. Chaumerliac, Kuény et Muller ; le méd. comm. Picaud ; le méd. 1re cl. marine Grevelink.

CHEVALIER à titre posthume : le méd. lieut. J. Arnaud, le méd. aux. Michel (J.F.J.).

Citation à l'ordre de l'armée

Le méd. lieut. Retourne (Laos).

Un service anniversaire à la mémoire de M. Roger Coquoin, compagnon de la Libération, croix de guerre 1918 et 1940, directeur de laboratoire à l'Académie de médecine, président de « Ceux de la Libération », membre du C. N. R., sera célébré le lundi 30 décembre, à 9 heures, en l'église Saint-Pierre-de-Chaillot (église basse).

XIe Congrès International de Médecine et de Pharmacie militaires. — Ce Congrès aura lieu à Bâle, du 2 au 7 juin 1947. Questions à l'ordre du jour : 1° Les méthodes de réanimation des blessés ; 2° Exposé général des procédés modernes de prophylaxie des maladies épidémiques aux armées ; 3° Moyens modernes d'évacuation des blessés et malades. Indications et contre-indications ; 4° La participation du médecin militaire dans la formation physique et morale du soldat ; 5° Etude comparée des méthodes et appareils de détermination de la concentration des ions oxygène en vue de leur emploi dans les laboratoires pharmaceutiques des armées.

Congrès International de déficience mentale. — L'American Association of Mental Deficiency a décidé de commémorer par un Congrès International le centenaire de la création de la première institution américaine pour les retardés mentaux, fondée en 1848 dans le Massasuchetts.

Le Congrès se tiendra en 1948, en mai ou juin, à Boston, sous la présidence de M. C. Stanley Raymond.

CHRONIQUE

Le centenaire de l'Académie vétérinaire de France

Le 11 mai 1844, un groupe de vétérinaires, s'inspirant des traditions laissées par les écoles vétérinaires, si florissantes au XVIIIe siècle, décida de fonder la « Société centrale de médecine vétérinaire », aujourd'hui ACADÉMIE VÉTÉRINAIRE DE FRANCE.

Le premier bureau comprenait : un président d'honneur, J. Girard, membre des Académies de médecine et d'agriculture ; un président annuel : Barthélémy aîné, membre des mêmes Académies ; un vice-président : Auguste Yvart, membre de l'Académie d'Agriculture ; un secrétaire général : J.-B. Huzard, inspecteur général des Ecoles vétérinaires, membre de l'Institut et des Académies de médecine et d'agriculture.

Le secrétaire annuel enfin, était un jeune homme, il n'avait pas trente ans, c'étiait Henri Bouley, qui devint dans la suite président de l'Académie des sciences, président de l'Académie de médecine et de l'Académie d'agriculture. Bouley devait jouer un rôle considérable dans l'histoire de l'Académie vétérinaire.

Les autres membres fondateurs comprenaient un groupe compact de l'Ecole d'Alfort et un groupe très important des grands praticiens de l'époque. Parmi eux figuraient plusieurs membres de la famille de Bouley qui, pendant plus de cinquante ans, ont honoré leur profession.

Comme la Société nationale de chirurgie l'avait fait lors de sa création un an plus tôt, l'Académie vétérinaire tint ses premières séances à l'Hôtel de Ville. Après l'incendie du palais municipal, en 1848, elle trouva un asile provisoire à la mairie du IVe arrondissement. Actuellement, elle tient ses séances rue de Seine, dans l'hôtel de l'Académie nationale de chirurgie.

Les circonstances n'ayant pas permis la célébration du centenaire en mai 1944, c'est seulement la semaine dernière que la cérémonie a pu avoir lieu dans le vaste amphithéâtre de la Maison de la Chimie, en présence de M. le ministre de l'Agriculture et sous la présidence de M. Bressou, directeur de l'Ecole d'Alfort et président de l'Académie.

Dans la très nombreuse assistance que le président M. Bressou et le secrétaire général, M. Drouin, accueillaient avec la plus aimable courtoisie, nous avons reconnu dans les premiers rangs : MM. les professeurs Hyacinthe Vincent, Hartmann, Gabriel Bertrand, Ramon, M. Leclainche, membres de l'Académie des sciences ; M. Rouvillois, président de l'Académie de médecine et ses collègues, MM. Martel et Guérin, Perrot et Verne. M. le professeur Basset, président de l'Académie de chirurgie ; M. le professeur Léon Binet, doyen de la Faculté de médecine ; M. le professeur René Fabre, doyen de la Faculté de pharmacie, MM. Tréfouël, directeur, et Dujarric de la Rivière, secrétaire général de l'Institut Pasteur ; MM. les médecins généraux inspecteurs Jame et Costedoat ; M le médecin général Debenedetti, directeur général du Service de santé, accompagné par de nombreux vétérinaires militaires qui, rappelons-le, appartiennent maintenant au Service de santé.

Parmi les délégués étrangers : le colonel Frank Todd (U.S.A.), M. Mitchell (Grande-Bretagne), M. Goudonow (U.R.S.S.), MM. Van Goidsenhoven, Guerden, Liégeois, Boukaert (Belgique), M. Cinnerei (Italie), M. Van der Plant (Pays-Bas), M. Kolankowski (Pologne), M. Dürst (Suisse).

Dès l'ouverture de la séance, M. le ministre de l'Agriculture donna la parole à M. le président Bressou. Celui-ci, dans une brève et élégante allocution, adressa ses remerciements au ministre et souhaita la bienvenue aux délégués français et étrangers.

M. Magne, fils de l'un des fondateurs et petit-fils d'un savant auquel doit beaucoup l'élevage français, prit alors la parole.

Dans un exposé magistral, il retraça l'histoire de la fondation et de l'évolution de la science vétérinaire au XIXe siècle et son évolution vers un HUMANISME VÉTÉRINAIRE.

Comme il fallait s'y attendre, ce fut l'intervention de Pasteur qui décida de l'orientation nouvelle. Pasteur avait été élu, correspondant d'abord, puis membre titulaire de l'Académie vétérinaire à la suite de ses mémorables travaux sur le choléra des poules et sur la rage. Soutenu dès le début, et toujours dans la suite, par Henry Bouley, Pasteur trouva à l'Académie vétérinaire une compréhension qu'il ne trouva pas toujours dans d'autres enceintes. A la lumière des travaux de Pasteur, Bouley refait ses travaux de pathologie comparée. D'autres vétérinaires éminents, comme Nocard, au début, puis comme Guérin aux côtés de Calmette, comme Gaston Ramon continuent jusqu'à nos jours à illustrer par leurs admirables et bienfaisantes recherches la tradition laissée par Pasteur et ses premiers collaborateurs.

Tous les travaux vétérinaires concernant la protection du cheptel français, l'hygiène publique, la prophylaxie et le traitement des maladies communes à l'homme et aux animaux, qu'il s'agisse des travaux de laboratoire ou de la clinique, tous ces travaux ont évolué en restant dans la ligne pastorienne. Que pourrait-on ajouter ?

M. Magne retrace enfin l'œuvre considérable de l'Académie dans le domaine de l'agriculture.

A la suite de ce discours très applaudi, le président remit la médaille de l'Académie aux délégués étrangers, et ceux-ci déposèrent sur le bureau les adresses à l'Académie à l'occasion de son centenaire.

M. le ministre de l'Agriculture clôtura la séance par un discours où il remercia l'Académie pour les immenses services qu'elle n'a cessé et ne cesse de rendre à l'agriculture, à la santé publique et à la France.

F. L. S.

ACTUALITÉS

L'allergie non spécifique

Si l'existence de l'allergie dans certaines affections est depuis longtemps connue et utilisée, des points obscurs demeurent quant à sa nature et à ses rapports avec l'immunité. Elles se rapprochent mais ne se confondent pas ; si l'allergie accompagne un état d'immunité partielle, elle ne lui est ni identique ni toujours liée.

C'est la pratique des réactions cutanées dans la tuberculose qui est la plus courante et elle tend à rejeter dans l'ombre les manifestations allergiques d'autres infections.

Une récente étude de J. Albert-Weil (1) insiste avec raison sur ces manifestations moins souvent mentionnées et ouvre des aperçus nouveaux sur la pathogénie et peut-être la thérapeutique. Comme le disait, dans sa leçon inaugurale au Collège de France, le professeur Leriche : « Il serait peut-être un peu trop simpliste de rattacher les manifestations premières de la pathologie uniquement à l'éveil par les mécanismes variés des sensibilités de nos trames fondamentales, mais certaines observations donnent à penser qu'il y a peut-être là un des faits primordiaux de la maladie, même dans les états infectieux. »

***

On tend volontiers à voir dans l'allergie un phénomène étroitement spécifique. M. Weil en appelle opportunément de cette exclusivisme et insiste sur la spécificité relative ; le parallèle qu'il trace entre le bacille de Koch et le groupe typhique rappelle que ces propriétés sont l'apanage de multiples espèces microbiennes.

Pour M. J.-A. Weil la différence fondamentale entre l'allergie et l'anaphylaxie serait que la première pourrait être créée par des protides différentes des protides déchaînantes. Il suffit d'une ressemblance partielle de structure chimique et des éléments semblables peuvent entrer dans la composition de complexes différents. Ils agiraient par le moyen du grand sympathique dont Reilly a mis le rôle en lumière.

Dès 1894, Sanarelli avait sensibilisé le singe au moyen de la toxine typhique. En 1924 il avait préparé la sensibilité par injection de vibrion cholérique et déchaîné les accidents ultérieurs par injection intraveineuse d'un filtrat de microbe banal (coli ou proteus) ; le même déchaînement pouvait se produire par injection dans les formations lymphoïdes de l'intestin.

En 1927, Schwartzman sensibilisa le lapin par l'injection intracutanée de filtrat typhique et 24 heures plus tard, déchaînait les accidents secondaires soit avec du bacille typhique soit, et aussi sûrement, avec du paratyphique, du colibacille et du méningocoque.

Il y existe donc une allergie non spécifique puisque antigènes déchaînant et sensibilisant sont différents mais les accidents provoqués ont dans tous les cas le même aspect : algidité, hémorragies. Aussi certains auteurs (Plichet) établissent une relation avec les accidents hémorragiques dans les maladies infectieuses, la dothiénentérie en particulier.

On doit donc, en présence d'une infection, prendre à la fois en considération les facteurs distincts de l'organisme (agent de la maladie, produits bactériens non spécifiques, produits biologiques) les facteurs faisant corps avec l'organisme (lésions spécifiques ou non, proches ou lointaines, résorptions toxiques) le grand sympathique enfin.

***

Dans la tuberculose tous ces éléments se placent aisément dans l'enchaînement clinique humoral et pathogénique.

Les lésions tuberculeuses sont le facteur sensibilisant, par le microbe et ses toxines et aussi par la désintégration tissulaire. Le pus contient des acides aminés, en particulier tyrosine et histamine, dont on sait l'action sur le sympathique. Comme l'a montré Coulaud, cette allergie dépend beaucoup plus dans son intensité de l'importance des lésions que de l'abondance des germes. Chez le tuberculeux en période d'accalmie, chez le sujet « normal » allergique, l'équilibre tient à la petite quantité de substance déchaînante circulant dans l'organisme ; si celle-ci augmente, par surinfection exogène ou par action de quelque facteur sur les lésions, il se produit des réactions neuro-végétatives, la réaction lymphoglandulaire de Ghon, des réactions de foyer, des poussées évolutives.

L'espèce animale, et dans chacune des espèces la réceptivité propre de l'individu, modifient l'intensité des réactions ; il y a interréaction du bacille et du terrain et modification réciproque. De plus, chaque sujet est plus sensible à ses propres bacilles qu'aux bacilles de surinfection.

En outre, même dans la tuberculose, les accidents peuvent être déchaînés par d'autres germes ; les coli sont ici au premier rang mais auprès d'eux se placent le proteus, l'endotoxine neurotrope du coli, la trichophytine, etc..., dans tous ces cas le sympathique joue un rôle important.

Il est intéressant de trouver dans cette allergie non spécifique une explication, au moins générale, des réactivations par infections hétérogènes ou par chocs.

Par le même mécanisme, la tuberculine, les toxines tuberculeuses, le bacille lui-même exagèrent la virulence d'autres germes, le coli en particulier et ceux-ci, par un cercle vicieux, exagèrent la nocivité du bacille de Koch. La surveillance de l'intestin et le traitement des syndromes intestinaux dans la tuberculose sont donc chose d'importance.

***

La fièvre typhoïde est un autre exemple d'allergie non spécifique ; on peut trouver une première expression de faits de cet ordre dans l'action fixatrice sur les bacilles typhiques, signalée dès 1902 par Widal et L. Le Sourd, de traumatismes même minimes et à distance (injections huileuses, injections de sérums). Des lésions plus destructives ont un effet plus marqué ; les bacilles typhiques absorbés dans l'intestin et lancés dans la circulation sont éliminés par voie biliaire et se retrouvant dans l'intestin au contact de la muqueuse et du tissu lymphoïde qu'ils ont préparés, deviennent déchaînants. Les lésions exaltent la virulence et favorisent la multiplication des saprophytes intestinaux ; le pH du milieu s'acidifiant aide à la multiplication microbienne dans les produits de cytolyse. La multiplicité de ces sensibilisations rend aisée à admettre la production d'un phénomène de Sanarelli sur l'intestin.

Il y a là de quoi expliquer certaines hémorragies de la fièvre typhoïde, et aussi certaines obscurités étiologiques que le rôle spécifique du bacille, l'existence de porteurs de germes n'élucident pas complètement. Même en tenant compte de ces infections inapparentes, il est parfois malaisé de comprendre certaines épidémies et certaines immunités concomitantes, l'éclosion d'épidémies partielles dans des milieux isolés et apparemment sains et protégés. On peut admettre que ces infections microbiennes d'autre nature, des surinfections exogènes exaltent la virulence de saphrophytes en particulier du coli et fraient la voie de l'infection typhique. Même des porteurs chroniques de germes trouveront dans ces entérites ou souillures accessoires et non spécifiques l'occasion d'extérioriser une typhoïde typique. La sensibilisation donnerait une virulence aux bacilles jusque là inoffensifs et le cercle vicieux se trouverait amorcé.

***

La spécificité n'est donc que relative ici et l'on voit se vérifier la conception de Ch. Nicolle : « Le bacille « mosaïque d'antigènes ». La spécificité étant le fait de portions relativement petites de grosses molécules chimiques, il est aisément concevable qu'il puisse y avoir « communauté d'antigènes entre agents pathogènes différents. »

Une autre conséquence en résulte, en matière thérapeutique : il convient d'associer à un traitement étiologique spécifique éventuel des traitements adjuvants. Les accidents allergiques bénéficieront, sans doute, comme les anaphylactiques, des méthodes de Besredka, de la méthode de H. Vincent (salicylate et benzoate de soude associés dans la maladie du sérum) et de toute autre agissant sur les antigènes auxquels donnent naissance les lésions dues à la maladie principale. Lorsqu'il se pourra il sera bon d'agir, au moins médicalement, sur ces lésions même, sur le système neuro-végétatif aussi dont le rôle n'est pas douteux.

Il y a là une réhabilitation des médications pathogéniques ; sans reniement de la médication étiologique, susceptible de prévenir ou d'atténuer des accidents graves.

R. Levent.

(1) J. Albert Weil. — Les phénomènes d'allergie non spécifique dans la tuberculose et les fièvres typhoïdes. Paris, Maloine, 1946.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Séance du 17 décembre 1946

Nécrologie. — M. le Président fait part à l'Académie du décès de M. d'Œlsnitz (de Nice), membre correspondant.

Election du vice-président pour l'année 1947. — M. Rist est élu vice-président. M. Bénard réélu secrétaire annuel. MM. Rouvière et Gabriel Bertrand sont élus membres du Conseil d'administration.

Sur la fréquence actuelle et les aspects cliniques des tuberculoses granuliques. — MM. A. Lemierre et M. Morin, à propos de 20 observations personnelles de granulie recueillies en 18 mois, insistent moins sur le nombre de ces observations que sur les aspects particuliers de certains cas rencontrés par eux et qui les ont fait pendant plus ou moins longtemps méconnaître. Parmi les cas ayant évolué en un mois au plus, et s'étant jugés par l'apparition soit d'une méningite soit d'accidents pulmonaires caractéristiques, ils en citent deux où la fièvre ayant débuté immédiatement après un avortement, le diagnostic de septicémie post-abortum avait été posé.

Plus fréquentes ont été les formes prolongées, durant depuis 2 à 6 mois. Ils relèvent notamment les observations de deux femmes porteuses d'une maladie mitrale et considérées comme atteintes d'endocardite maligne lente.

Particulièrement intéressantes ont été les granulies évoluant sous l'aspect d'une fièvre ondulante dont ils ont rencontré 3 cas durant déjà depuis 7 mois, 18 mois et 4 ans.

Le diagnostic a été facilité chez certains malades par l'apparition, plus ou moins tardivement après le début de la fièvre d'adénopathies reconnues tuberculeuses à la biopsie, ou plus rarement d'un épanchement pleural.

En dehors de ces circonstances, l'absence de toux, d'expectoration, l'impossibilité de déceler le bacille de Koch, la négativité des examens radiologiques jusqu'à la période terminale, jointe au défaut fréquent de tout antécédent familial ou personnel tuberculeux rendent difficile le diagnostic tant soit peu précoce de ces états fébriles granuliques prolongés.

La fréquence actuelle des tuberculoses aiguës doit pourtant y faire penser. Mais c'est surtout en confrontant entre eux les résultats des épreuves de laboratoire, hémocultures, séro-diagnostics, formules hématologiques, qu'on peut acquérir la quasi-certitude de leur existence, l'évolution ultérieure des accidents se chargeant d'apporter la certitude définitive.

Discussion : MM. Bezanson, Rist, Laubry.

Leucémie benzolique retardée. — M. Loeper et Mme Boreau. — Observation d'une leucémie apparue 15 mois après cessation de toute intoxication benzolique. De tels cas surtout aussi retardés sont rarement ou jamais observés. L'origine de cette leucémie n'est pas une hypothétique leucolyse par produits de désintégration cellulaire puisque M. Fabre a pu, à 3 reprises, retrouver dans le sang de 0 millig. 17 à 0 millig. 40 de benzol pour 1.000. On doit donc, même après un aussi long délai, traiter non seulement la moelle mais l'intoxication causale.

A propos de la leucotomie. — MM. Baudouin et Puech. — Se basant sur les résultats étrangers et sur leur expérience personnelle, les auteurs attirent l'attention sur les services que peut rendre la leucotomie préfrontale (opération d'Egaz-Moniz). les principales indications sont les grandes obsessions, les mélancolies anxieuse, la schizophrénie, les algies psychiques, peut-être aussi d'autres algies d'origine organique.

La leucotomie n'est pas une opération exempte de risques tant immédiats qu'éloignés et ne doit être pratiquée qu'après l'échec d'autres thérapeutiques et en dernier ressort.

Les synergies d'orientation chez un anencéphale protubérantiel. — M. André-Thomas, à l'occasion d'une observation personnelle, trace le parallèle du nourrisson normal au point de vue de sa sensibilité, de sa tonicité, de ses réflexes, de ses synergies d'orientation.

Discussion : M. Le Lorier.

Granulomatoses blastomycoïdes bénignes. — M. da Fonseca. — A côté de formes graves plus ou moins rapidement mortelles il existe des formes localisées à la peau, bénignes et évoluant lentement.

La neurochirurgie à Marseille. — M. Roger. (*Présentation faite par* M. G. Guillain). — Dans le centre neuro-chirurgical créé à Marseille il y a 20 ans et actuellement bien individualisé on a pratiqué, depuis 1943, 825 interventions parmi lesquelles 295 trépanations avec intervention directe sur le cerveau, 13 neurotomies, 145 laminectomies avec 80 % de guérisons opératoires et un délai post-opératoire moyen de 1 mois environ.

Sur l'état sanitaire en Arabie yéménite. — Mme S. Serin. (Présentation faite par M. Benard). — Esquisse de l'état sanitaire d'un pays à peu près dépourvu d'hôpitaux et de médecins et où l'organisation d'hygiène et d'hospitalisation des malades chroniques n'existe pas. La population habituellement sous-alimentée est fréquemment victime de famines et d'épidémies ; elle est la proie d'affections diverses (tuberculose, syphilis, lèpre, dermatoses, etc.), de rachitisme, d'affections mentales, toxicomanie par le khât. La mortalité infantile y atteint 90 %. Les femmes-médecins y semblent bien accueillies.

Vacances du Jour de l'An. — La séance du 31 décembre n'aura pas lieu. La séance de rentrée est fixée au 7 janvier 1947.

ACADEMIE DE CHIRURGIE

Séance du 18 décembre 1946

Ulcère duodénal chez un adolescent. Gastro-entérostomie. Rétention duodénale pendant cinq ans d'un bouton de Jaboulay. Diverticule duodénal. — M. Moiroud. — Lecteur : M. Sénèque.

Hémorragie au niveau d'un bouton d'anastomose œsophago-gastrique. —MM. Santy et Léger. — Rapport de M. A. Mouchet.

Exploration tomographique du rachis. — Sa valeur diagnostique en chirurgie. — M. Herdner. — Rapport de M. Sorrel.

L'artériographie dans les affections artérielles. Conditions de son innocuité. — MM. L. Bazy, S. Blondin et Reboul communiquent leur expérience basée sur une nouvelle série de 400 artériographies. Comme y a insisté Dos Santos, il est indispensable de voir sur les clichés non seulement les gros vaisseaux mais aussi les petits. La ponction artérielle doit être faite obliquement et à contre-courant. Il faut éviter l'engagement dans les collatérales. Une première injection de 2 à 3 cm³ est suivie de la prise d'un cliché. La ponction carotidienne est plus délicate. Les auteurs sont restés fidèles au ténébryl qui n'a que l'inconvénient de nécessiter une anesthésie. Le débit est réglé avec l'appareil de Dos Santos. Pour mesurer l'intensité des réactions vaso-motrices, les auteurs font une injection intradermique d'adrénaline. Un sélecteur permet la prise de six clichés.

Présentation de malades. — M. Sénèque.

Opération de Blalock. — Pas d'incision rétro-anale. Lever au sixième jour.

SOCIETE DES CHIRURGIENS DE PARIS

Séance du 21 juin 1946

Fistule pyostercorale par hernie obturatrice. Opération. Guérison. — M. Robert Chabrut. — L'auteur rapporte un cas de fistule survenue spontanément ; à la suite d'une crise de coliques plus marquées à droite, avec vomissements, sans arrêt des matières et des gaz, la région de l'aîne droite se tuméfia et une suppuration mêlée de matières et de gaz se fit jour dans la région inguino-crurale droite, par plusieurs orifices.

L'intervention consista en une laparotomie sous-ombilicale. Le fond du cæcum et l'appendice engagés dans le canal obturateur, sont séparés de l'orifice herniaire. Résection en bloc du cæcum et de l'appendice. L'anneau herniaire est obturé par une bourse péritonéale. Mise à plat des fistules inguino-crurales. Guérison en quelques semaines.

A propos de cette observation, l'auteur discute l'origine des accidents : hernie obturatrice préexistante, puis étranglée et sphacélée ou appendicite herniaire. Il indique la quasi-impossibilité d'obturer le trajet herniaire dans un pareil cas, où la voie obturatrice était interdite par l'existence d'une fistule pyo-stercorale.

Cancer du colon transverse fistulisé dans l'estomac. Gastrectomie. Colectomie. Guérison. — M. J. Lanos.

Sur un cas de patellectomie. — M. J. Leuret. — L'auteur rapporte l'observation d'un malade atteint de fracture ouverte

en 1918 et présentant un cal vicieux formant attelle et siège d'ostéite persistante.

Pincement latéral du grêle dans une hernie crurale. Opération. Sténose du grêle consécutive. — M. Pierre Le Gac. — Dans les quinze jours consécutifs à l'opération d'une hernie crurale avec pincement latéral, un malade fait une sténose du grêle et doit être réopéré. L'ulcération de la muqueuse et de la sous-muqueuse paraît être la cause de cette stricture. A ce propos, l'auteur envisage la question des anastomosites post-opératoires et comprend mal le retour actuel à l'opération de Péan qui, bien plus que le polya, expose l'opéré à des anastomosites précoces, rendant les suites opératoires difficiles et aux rétrécissements secondaires, véritables sténoses précipitant une réintervention.

Un cas de kyste du mésentère opéré. — M. Pierre Le Gac. — Sans aucun trouble général, sans aucun signe fonctionnel, une femme présente, dans l'abdomen, une masse grosse comme un pamplemousse que l'on peut déplacer autour de son pédicule ; de la fosse iliaque droite à la région splénique. C'est un kyste du mésentère ; abordé par une incision médiane, il fut facile à énucléer, sans aucune lésion artérielle ou intestinale.

Histologiquement : lymphangiome kystique. Opération simple parce que précoce. Laissée en place, elle serait sans doute devenue inextirpable sans résection intestinale et, plus tard même, on aurait dû la traiter uniquement par marsupialisation abdominale, même sans signes fonctionnels ou généraux.

Sur un cas de syndrome de fragilité osseuse à type articulaire. — M. G. Vidal-Naquet. — L'auteur présente un cas clinique et radiologique de fragilité osseuse avec prédominance de phénomènes articulaires. Il s'agit d'un enfant de 14 mois qui a présenté brusquement, quelques mois après le début de la marche, des douleurs et des gonflements des genoux qui se sont enraidis. Un traumatisme extrêmement minime a déterminé des fractures sus-condyliennes et d'un tibia.

Des poussées douloureuses des poignets, des chevilles et des hanches, ont fait porter, à un moment, le diagnotic de « Rhumatisme fibreux ankylosant ».

Les fractures ont consolidé spontanément presque sans traitement. Les hanches sont restées enraidies en flexion.

L'auteur croit pouvoir ranger ce cas dans le syndrome de Lobstein, en raison de la teinte bleue ardoisée des conjonctives, d'une légère tendance à la surdité et en raison des signes radiologiques.

Séance du 5 juillet 1946

A propos de traumatismes de la rotule. — M. André Trèves. — L'auteur pense que la patellectomie doit rester une opération d'exception, réservée aux fractures ouvertes et infectées de la rotule.

Même dans les résultats réputés parfaits, il reste l'aspect inesthétique, l'atrophie musculaire du quadriceps, la difficulté de se relever lorsqu'on est accroupi.

L'auteur arapporte un cas de fracture ouverte multifragmentaire où, malgré l'ablation de plusieurs esquilles libres, la restitution *ad integrum* a été obtenue par le cerclage. Il pense que les réticences au sujet du cerclage et de la suture sont dues à l'emploi d'un mauvais matériel de synthèse : fils métalliques et crins qui provoquent ou entretiennent suppuration et douleur.

L'emploi d'un matériel lentement résorbable (tendon de résine ou de kangourou, catgut chromé) évite ces inconvénients. Il peut être utilisé aussi bien dans le cerclage réservé aux fractures comminutives que dans la suture simple qui convient aux fractures transversales.

Utilisation de l'enclouage centro-médullaire dans le traitement des déformations des membres. — M. Raphaël Massart présente l'observation d'un malade atteint de déformations anciennes des tibias qu'il a traité par des ostéotomies multiples suivies d'un enclouage central par broche de Kuntscher avec un excellent résultat.

La patellectomie a assuré, à ce malade, une amélioration évidente et la guérison des phénomènes inflammatoires.

Séance du 18 octobre 1946

L'embrochage médullaire par broche de Kirschner dans les fractures de l'avant-bras. — MM. Masmonteil et Leuret. — Les auteurs pensent que le clou de Kuntschner est surtout justifié pour les os où la question de solidité joue un rôle essentiel. Par contre, pour les os minces n'ayant à supporter que des contractions musculaires (os de l'avant-bras), la broche de Kirschner paraît supérieure et s'oppose avec succès aux déplacements latéraux et aux chevauchements.

Ce mode de contention paraît surtout indiqué dans les cas de fracture isolée d'un des os de l'avant-bras.

Les auteurs rapportent quatre observations où l'embrochage soit transcutané, soit à ciel ouvert selon les cas, a donné d'excellent résultats.

Un cas d'artérite temporale avec migraine traité par la résection artérielle. Guérison. — M. Raphaël Massart rapporte l'observation d'une malade de 37 ans qui souffrait depuis de longues années de migraines rebelles à tous les traitements et ayant déterminé des troubles généraux et un abus de la morphine. La double résection de l'artère temporale superficielle a amené la sédation totale et définitive des migraines.

L'examen histologique de l'artère réséquée a montré un épaississement de la tunique externe et des amas lymphocytaires envahissant la tunique moyenne. L'auteur a étudié le mode d'action de la résection artérielle et pense qu'elle agit comme une sympathectomie.

Séance du 8 novembre 1946

Phlébite compliquée d'embolies répétées. Thrombectomie et phlébectomie. Guérison immédiate. — MM. Masmonteil et Leuret. — Au cours d'une phlébite post-opératoire compliquée de dix-sept embolies en dix jours, MM. Masmonteil et Leuret ont pratiqué l'incision de la veine fémorale, l'ablation du caillot et la résecton entre deux ligatures. Depuis l'opération, cessation complète des accidents et guérison définitive.

Pneumo-péritoine dans les perforations de l'estomac. — (présentation de radiographies). — M. Séjournet.

Urographie et coliques néphrétiques. — M. F. Busser.

A la suite d'une crise douloureuse du flanc gauche, une urographie montre une absence totale de sécrétion d'un côté. Un chirurgien propose une néphrectomie pensant à un rein pyonéphrétique. L'intervention étant refusée, une nouvelle urographie faite dix jours plus tard montre un fonctionnement rénal normal des deux côtés.

L'auteur met en garde contre les erreurs d'interprétation des urographies faites ainsi, au décours de coliques néphrétiques.

Hernie du colon droit à travers l'hiatus de Winslow. — MM. Masmonteil et L. Bazert. — Il s'agissait d'une hernie de tout le colon droit au travers de l'hiatus de Winslow dans l'arrière cavité des épiploons, retombant devant l'estomac après avoir effondré le petit épiploon dans sa portion amincie. La réduction manuelle a été faite après ponction.

Séance du 15 novembre 1946

Traitement de certaines ostéomyélites chroniques par la pénicilline. — MM. Louis Lamy et G. Vidal-Naquet. — Les auteurs présentent deux observations d'ostéomyélite chronique où la pénicilline, associée à l'acte chirurgical, leur a donné d'excellents résultats.

Dans la première observation, il s'agissait d'une jeune femme atteinte d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia, déterminant des abcès superficiels à répétition. Trois fois, l'abcès fut incisé, le foyer d'ostéomyélite nettoyé chirurgicalement et la pénicilline mise *in situ* ainsi que 200.000 unités en injections intramusculaires.

La quatrième fois, on décida d'employer de fortes doses locales et générales. Après nettoyage du foyer d'ostéomyélite, une mèche imbibée de 500.000 unités de pénicilline fut placée. En même temps, on fit 1.000.000 d'unités en injections intramusculaires par 24 heures, pendant 6 jours.

Le sixième jour, toute suppuration avait disparu.

La plaie se referma rapidement en quelques jours et un mois après, toute trace d'inflammation avait disparu et une radiographie montra une recalcification considérable de l'extrémité inférieure du tibia.

Dans la deuxième observation, il s'agissait d'une jeune femme présentant, depuis dix ans, un abcès chronique à staphylocoque de l'extrémité inférieure du tibia, à type d'abcès de Brodie, ayant diffusé brusquement dans la tibio-tarsienne et ayant déterminé une arthrite aiguë avec douleur, gonflement et impotence considérables.

Après nettoyage de la caverne osseuse et mèche imbibée de pénicilline, on fit une arthrotomie, une instillation de pénicilline dans l'articulation et une immobilisation plâtrée. En même temps, un million d'unités de pénicilline intramusculaire pendant six jours.

Dès le lendemain, la température était tombée à la normale. L'astragalectomie ne fut pas nécessaire et un mois après, la malade était complètement guérie avec des mouvements d'amplitude normale de la tibio-tarsienne.

A la lumière de ces observations, les auteurs émettent l'opinion que, dans certaines œstéomyélites très localisées, la pénicilline à doses élevées, associée à l'acte chirurgical, peut amener la guérison.

Les échecs observés s'expliquent par l'emploi de la pénicilline, soit dans les formes diffuses, soit en raison de doses insuffisantes.

Radiothérapie anti-inflammatoire et chirurgie. — M. Marcel Joly expose les raisons théoriques et expérimentales qui doivent rendre l'association chirurgie et radiologie plus féconde dans ses résultats, dans le traitement des lésions inflammatoires.

Il accorde à la technique un intérêt primordial. Il base celle-ci sur les préceptes suivants :

1° Les surdosages sont nuisibles et empêchent la phagocytose (Mestenko) ;

2° Les doses doivent être d'autant plus faibles que l'inflammation est aiguë (Heidenhahn et Fried) ;

3° Elles doivent être, dans la plupart des cas, de l'ordre de 25 r. à 502 (Harel et Le Goff) ;

4° Elles doivent, parfois, être infimes, de l'ordre de 7 à 10 r. et de grande longueur d'onde (Daniel).

Ainsi conçue, la radiothérapie est le plus souvent efficace, jamais nocive. Elle n'assure pas toujours la résorption des lésions, mais elle limite le foyer et précipite l'abcédation, elle évite toujours les complications.

Sur les luxations sous-astragaliennes. — M. J. Leuret. — Présentation de radiographies.

Séance du 6 décembre 1946

Voies d'abord de l'articulation de l'épaule dans les luxations irréductibles et invétérées de l'épaule. — M. F. Masmonteil, après avoir passé en revue toutes les voies d'abord de l'articulation de l'épaule, fait un chaud plaidoyer en faveur de l'incision externe transdeltoïdienne, dont l'avantage est de permettre un nettoyage parfait de la cavité glénoïde. Ce temps capital précédant la libération de la tête, facilite la réduction de celle-ci. De plus, la contention complémentaire de la tête humérale est réalisée facilement par cette voie, grâce au vissage de la grosse tubérosité souvent arrachée, grâce à la tunellisation du tendon de la longue portion du biceps, grâce à l'établissement d'un ligament acromio-coracoïdien.

Lésions traumatiques complexes de l'humérus. — MM. F. Masmonteil et J. Leuret. — Les auteurs présentent les radiographies d'un malade qui avait :

— Au niveau de l'extrémité supérieure : une luxation sous-coracoïdienne avec fracture de la grosse tubérosité ;

— Au niveau de la partie moyenne de la diaphyse, une fracture comminutive étendue à cinq fragments ;

— Au niveau de l'extrémité inférieure, une fracture à deux fragment de l'épitrochlée.

MM. Masmonteil et Leuret exposent le problème délicat du traitement.

La fracture de l'épitrochlée a été vissée, la fracture diaphysaire a été bien maintenue par une broche de Kirschner et la luxation de l'épaule, déjà ancienne, a été réduite par voie transdeltoïdienne, avec vissage de la grosse tubérosité.

Fracture itérative du col du fémur. — M. André Trèves présente l'observation et les radiographies d'une femme de 80 ans qui, trois ans après une fracture sous capitale, avec déplacement, méconnu, non traitée et consolidée en coxa vara avec un cal osseux a fait, du même côté, une fracture intertrochantérienne, actuellement guérie, sans aggravation de l'état antérieur.

TABLE DES MATIÈRES (1)

1946

(1) Les astérisques indiquent un article original.

D

E

F

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

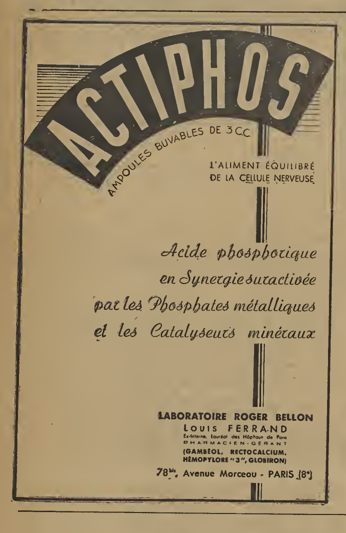
X

Z

TABLE DES AUTEURS [1]

1946

(1) Les astérisques indiquent des articles originaux.









Imprimerie Tancrède, 15, rue de Verneuil, Paris (VIIe). Dépôt légal. — 1946. — 4e trimestre. — N° 3. — Le gérant : F. Le Sourd.

